



UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

Cristina Manuela Campos Ferra

**O DESENVOLVIMENTO DAS MEDICINAS  
ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES EM  
PORTUGAL APÓS A SUA LEGALIZAÇÃO (2003-2022)**

Tese no âmbito do doutoramento em Estudos Contemporâneos orientada pelo Senhor Professor Doutor António Manuel Antunes Rafael Amaro e apresentada ao Instituto de Investigação Interdisciplinar da Universidade de Coimbra.

Dezembro de 2022

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Cristina Manuela Campos Ferra

**O DESENVOLVIMENTO DAS MEDICINAS  
ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES EM  
PORTUGAL APÓS A SUA LEGALIZAÇÃO (2003-2022)**

**Tese no âmbito do doutoramento em Estudos Contemporâneos apresentada  
ao Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX (Instituto de  
Investigação Interdisciplinar) da Universidade de Coimbra.**

**Orientador**

**Professor Doutor António Manuel Antunes Rafael Amaro**

**Tese de doutoramento financiada pela Fundação Macau**

Dezembro de 2022

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por me permitir alcançar mais um objetivo, pela sua bênção e proteção!

Agradeço aos meus queridos pais! Sem eles a realização deste trabalho não seria possível! E claro à minha querida irmã que esteve sempre presente, ouviu as minhas lamentações, apreensões e dúvidas....! Ao meu cunhado que ainda indiretamente também esteve lá!! Às minhas tias e tio que ao longo dos anos têm sempre apoiado e ajudado!

E claro ao Prof.º Doutor António Amaro que tornou possível a realização deste sonho, quando este parecia impossível de concretizar!

Agradeço à minha entidade laboral, o Centro Paroquial de Promoção Social e Cultural de Darque que permitiu a minha licença sem vencimento.

Agradeço a um conjunto de pessoas que, direta e indiretamente contribuíram e apoiaram na realização da presente tese, à Marisa, amiga querida. que tem estado sempre presente ao longo dos anos, à Regina amiga de longa data, ao Henrique que ouviu muitas das minhas lamentações, à Lucinda que longe está perto, às colegas de trabalho, fazendo uma referencia especial à Eva e Andreia, principalmente à Andreia que contribuiu e muito para que fosse possível a conclusão desta minha tese.

.

## Sumário

Este estudo pretendeu analisar o processo de legalização das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) em Portugal, e medir o grau de aceitação social e científico e desenvolvimento das suas práticas clínicas no período que se seguiu à sua legalização (Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto). Esta investigação teve, por isso, como principal objetivo compreender a sua evolução após a sua regulamentação nos contextos políticos, económicos, sociais, académicos, científicos e profissionais que envolvem esta problemática, procurando integrar o seu desenvolvimento em Portugal com a sua evolução no mesmo período na União Europeia. Para além disso procurou perceber de que forma a relação histórica entre Macau e Portugal contribuiu para o desenvolvimento e regulamentação destas no nosso país. Os resultados desta investigação permitiram deste modo obter os seguintes conhecimentos relativamente às MAC em Portugal: primeiro compreender o processo histórico político e social das MAC em Portugal, ou seja, possibilitou a reconstituição histórico social política do seu nascimento e reemergência em Portugal, assim como da sua regulamentação; segundo perceber o desenvolvimento das medicinas alternativas e complementares em Portugal no contexto internacional; terceiro compreender como a relação entre Macau e Portugal, nas últimas décadas se desenvolveu tendo subjacente interesses políticos, económicos e sociais portugueses e macaenses, e contribuiu para a aceitação e regulamentação das MAC em Portugal; quarto revelou a caracterização das cédulas profissionais das MAC em Portugal, o mapeamento dos estabelecimentos das MAC a nível nacional, a tipologia dos estabelecimentos das MAC em Portugal, a caracterização das MAC em Portugal, o tipo de profissionais responsáveis pelos estabelecimentos e serviços das MAC, a autonomia ética e deontológica dos profissionais das MAC, o número de irregularidades, infrações, contraordenações, queixas e reclamações existentes contra estabelecimentos e profissionais das MAC e o número de ciclos de estudos das MAC acreditados. Para a realização deste estudo optámos por aplicar uma metodologia combinada que consistiu na utilização integradora de uma pluralidade de métodos de pesquisa quantitativos e qualitativos.

**Palavras-chave:** Medicina Alternativa e Complementar (MAC); regulamentação; evolução e desenvolvimento das MAC; estabelecimentos e profissionais das MAC

## **Abstract**

This study aimed to analyse the process of legalization of Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Portugal and measure the degree of social and scientific acceptance and the development of CAM clinical practices in the period following its legalization (Law n.º 45/2003 of August 22). Therefore, the main objective of this research was, once regulated, to understand how it has evolved in the political, economic, social, academic, scientific and professional contexts surrounding this issue, seeking to incorporate its development in Portugal with that in the European Union, on the same period. Additionally, this study sought to understand to what extent the historical relationship between Macau and Portugal contributed to CAM development and regulation in Portugal. The results of this research provided the following knowledge concerning the CAM in Portugal: - firstly, to understand the political and social historical process of the CAM in Portugal, in other words it enabled the historical social and political reconstitution of its birth and reemergence in Portugal, as well as its regulatory process; secondly, to understand the Alternative and Complementary Medicine development in Portugal within the international context.; thirdly, to understand how, in the recent decades, the relationship between Macau and Portugal has developed having underlying Portuguese and Macanese political, economic and social interests, and to what extent it contributed to the acceptance and regulation of the CAM in Portugal. And finally, it revealed the characterization of CAM professional certificates in Portugal, the mapping of CAM establishments at a domestic level, the typology of CAM establishments in Portugal, the characterization of CAM in Portugal, the type of professionals responsible for CAM establishments and services, the ethical and deontological autonomy of CAM professionals, the number of irregularities, infractions, misdemeanours, complaints and claims against CAM establishments and professionals and the number of accredited CAM study cycles. For this study we decided to apply a combined methodology based in the integrative use of a diversity of quantitative and qualitative research methods.

**Keywords:** Alternative and Complementary Medicine (ACM); Regulation; MAC's evolution and development; MAC establishments and professionals

## **Índice Geral**

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>i</b>
<b>Sumário</b> .....	<b>ii</b>
<b>Summary</b> .....	<b>iii</b>
<b>Índice Geral</b> .....	<b>iv</b>
<b>Índice de Tabelas</b> .....	<b>viii</b>
<b>Índice de Figuras</b> .....	<b>x</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Enquadramento Teórico</b> .....	<b>10</b>
1.1 Definição das Medicinas Alternativas e Complementares.....	10
1.2 Terminologia das Medicinas Alternativas e Complementares.....	35
1.3 O que distingue as Medicinas Alternativas e Complementares da Medicina Científica Ocidental.....	48
1.4 Como são representadas atualmente as Medicinas Alternativas e Complementares conceptualmente/teoricamente na sua relação com a biomedicina .....	62
1.5 Reemergência das medicinas alternativas e complementares.....	74
1.5.1 A pós-modernidade, modernidade tardia ou modernidade reflexiva.....	76
1.5.2 Crise da Saúde.....	81
1.5.3 Crise da Medicina.....	83
1.5.4 A orientalização do Ocidente.....	88
1.5.5 A contracultura.....	94
1.5.6 Movimento Nova Era ou New Age.....	98
1.5.7 O papel das ciências sociais.....	103
<b>Capítulo II - A Organização Mundial de Saúde, a União Europeia e as Medicinas Alternativas e Complementares</b> .....	<b>106</b>
2.1 A Organização Mundial de Saúde e as MAC.....	106
2.2 União Europeia e as MAC.....	112
2.3 Análise global sobre a aceitação e a legalização das MAC nos vários países da União Europeia.....	121
2.3.1 Estado das MAC a nível legal e aceitabilidade social, entre 2010 e 2012 na União Europeia com base nos resultados do projeto “Cambrella”.....	123
2.3.2 Profissões das MAC registadas na Base de Dados de Profissões Regulamentadas da União Europeia.....	161

2.3.3	Os resultados do relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” .....	167
<b>Capítulo III</b>	<b>– O Uso das Medicinas Alternativas e Complementares.....</b>	<b>188</b>
3.1	Estudos científicos sobre o uso das MAC.....	188
3.2	Quais as razões que levam os utentes a usar as MAC.....	190
3.3	O uso das MAC na Europa.....	198
3.4	O uso das MAC em Portugal.....	198
<b>Capítulo IV</b>	<b>– As medicinas alternativas e complementares em Portugal. Nascimento das Medicinas Alternativas e Complementares em simultâneo com a Ascensão da Biomedicina.....</b>	<b>206</b>
4.1	Período que vai dos fins do Século XVIII à primeira metade do Século XX – Nascimento de algumas das medicinas alternativas e complementares na Europa e importação de outras oriundas de países como a China e Estados Unidos da América. Os primeiros passos do nascimento da medicina científica.....	208
4.1.1	Homeopatia.....	212
4.1.2	Naturopatia.....	230
4.1.3	Fitoterapia.....	245
4.1.4	Medicina Tradicional Chinesa e a Acupuntura.....	251
4.2	Período que vai da primeira metade do Século XIX à década de 70 do Século XX.....	270
4.2.1	O Eclipse das Medicinas Alternativas e Complementares.....	270
4.2.2	A Ascensão do Poder Médico e a Marginalização das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal.....	279
<b>Capítulo V</b>	<b>- Período que vai da segunda metade do Século XX (mais propriamente das décadas de 60 e 70) até à atualidade.....</b>	<b>293</b>
5.1	Fatores que levaram à reemergência das Medicinas Alternativas e Complementares, na década de 70 em Portugal.....	293
5.1.1	A Reemergência das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal na década de 70.....	298
5.1.2	O Associativismo Profissional das MAC e o seu Ensino em Portugal da década de 70 até à atualidade.....	313
5.2	O Processo de Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais em Portugal.....	329
5.2.1	O processo de Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais antes da regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto.....	329

5.2.2	O Processo de Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais após a Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto.....	351
5.2.3	O Processo de Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais após a Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro.....	386
<b>Capítulo VI – A Contribuição da Relação Histórica entre Portugal e Macau para a Aceitação Política, Académica e Social da Medicina Tradicional Chinesa em Portugal.....</b>		<b>429</b>
6.1.	A Relação Histórica de Cooperação entre Portugal e Macau.....	429
6.2.	Ações Desempenhadas pelo Governo de Macau no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa, em Portugal.....	433
<b>Capítulo VII – Metodologia.....</b>		<b>439</b>
7.1	Metodologia do estudo empírico.....	439
7.2	Estratégia operacional.....	441
7.3	As questões que nortearam a investigação.....	443
7.4	Operacionalização da Metodologia de Investigação.....	445
<b>Capítulo VIII – Apresentação e Discussão dos Resultados.....</b>		<b>453</b>
8.1	Estabelecimentos das Terapêuticas Não Convencionais Licenciados em Portugal.....	453
8.1.1	Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal.....	457
8.1.2	Tipologia dos Serviços das TNC dos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal.....	462
8.1.3	Tipologia do Licenciamento dos Estabelecimentos das TNC.....	464
8.1.4	Tipologia dos Profissionais Responsáveis pelos Estabelecimentos e Serviços das TNC... ..	468
8.2	Profissionais das TNC com cédula profissional.....	474
8.3	Análise dos dados fornecidos pela IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.....	478
8.3.1	Ações de Fiscalização realizadas a Estabelecimentos com TNC.....	478
8.3.2	Queixas e Reclamações.....	482
8.4	Ciclos de Estudos das Terapêuticas Não Convencionais Acreditados... ..	483
8.5	Análise Semântica das Entrevistas e do Questionário.....	487



8.6 Análise e Discussão dos Resultados.....	500
<b>Capítulo IX – Conclusão.....</b>	<b>511</b>
<b>Bibliografia e Fontes.....</b>	<b>526</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>526</b>
<b>Fontes Documentais.....</b>	<b>553</b>
<b>Anexos</b>	

## **Índice de Tabelas**

### **Capítulo I**

Tabela 1 – Definição e Terminologia das MAC.....	11
--	----

### **Capítulo II**

Tabela 1 - Países com ou sem legislação geral das MAC.....	125
Tabela 2 - Países com ou sem regulamentação em tratamentos específicos das MAC.....	126
Tabela 3 - Países com legislação geral das MAC e simultaneamente com Regulamentação em tratamentos específicos de MAC.....	126
Tabela 4 - Regulamentação do tratamento e da profissão de acupuntura.....	127
Tabela 5 - Regulamentação do tratamento e da profissão de medicina antroposófica....	128
Tabela 6 - Regulamentação do tratamento e da profissão de ayurveda.....	129
Tabela 7 - Regulamentação do tratamento e da profissão de quiropraxia.....	130
Tabela 8 - Regulamentação do tratamento e da profissão de fitoterapia.....	131
Tabela 9 - Regulamentação do tratamento e da profissão de homeopatia.....	132
Tabela 10 - Regulamentação do tratamento e da profissão de massagem.....	133
Tabela 11 - Regulamentação do tratamento e da profissão de naprapatia.....	134
Tabela 12 - Regulamentação do tratamento e da profissão de naturopatia.....	135
Tabela 13 - Regulamentação do tratamento e da profissão de terapia neural.....	136
Tabela 14 - Regulamentação do tratamento e da profissão de osteopatia.....	137
Tabela 15 - Regulamentação do tratamento e da profissão de medicina tradicional chinesa.....	138
Tabela 16 - Regulamentação do tratamento ou profissão das 12 modalidades das MAC em cada um dos Estados-Membros da UE.....	139
Tabela 17 – Quais os profissionais que podiam praticar as MAC.....	141
Tabela 18 - Formação obrigatória exigida para o exercício das práticas das MAC.....	150
Tabela 19 - Supervisão das Medicinas Alternativas e Complementares.....	157
Tabela 20 – Profissões das MAC regulamentadas e registadas na base de dados da União Europeia em 2021.....	162
Tabela 21 – Profissões das MAC regulamentadas e registadas na base de dados da União Europeia em 2012 e 2021.....	165
Tabela 22 - Os resultados do “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” relativos aos países membros da União Europeia.....	169
Tabela 23 – Resultados do estudo CAMbrella (2012), do estudo da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019) e dados da Base de dados das profissões regulamentadas da UE.....	181

### **Capítulo III**

Tabela 1 - Usar remédios à base de ervas para problemas de saúde, com que frequência (European Social Survey, 2004).....	202
--	-----

Tabela 2 - Primeira escolha de aconselhamento/tratamento sobre problemas de saúde, em 2004 (European Social Survey, 2004).....	203
Tabela 3 - Tratamento das MAC usado para tratar da saúde, em 2014 (% de utilizadores) (European Social Survey, 2004).....	204

### **Capítulo VIII**

Tabela 1 – Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal.....	454
Tabela 2 – Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal .....	458
Tabela 3 - Tipologia dos Serviços das TNC dos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal.....	462
Tabela 4 - Tipologia do Licenciamento dos Estabelecimentos das TNC.....	465
Tabela 5 - Tipologia dos Profissionais Responsáveis pelos Estabelecimentos das TNC.....	468
Tabela 6 - Tipologia dos Profissionais Responsáveis pelos Serviços das TNC.....	471
Tabela 7 – Profissionais das TNC com Cédula Profissional.....	475
Tabela 8 - Ações de Fiscalização realizadas a Estabelecimentos e Profissionais das TNC.....	478
Tabela 9 – Queixas e Reclamações.....	482
Tabela 10 - Ciclos de Estudos das TNC Acreditados.....	485

## Índice de Figuras

### Capítulo II

Figura 1 - Gráfico 1- Política Nacional das MAC nos Estados-Membros das Regiões da OMS 2018.....	175
Figura 2 - Gráfico 2 - Política Nacional das MAC em 2018 nos Estados-Membros da Região Europeia da OMS e nos Estados-Membros da União Europeia.....	176
Figura 3 - Gráfico 3 - Uso das MAC reconhecido pelos Estados Membros da OMS, 2018 .....	177
Figura 4 - Gráfico 4- Uso das MAC nos Estados-Membros das Regiões da OMS 2018.....	178
Figura 5 - Gráfico 5- Uso das MAC em 2018 nos Estados-Membros da Região Europeia da OMS e nos Estados-Membros da União Europeia.....	178
Figura 6 - Gráfico 6- Uso das MAC nos Estados-Membros da União Europeia 2018.....	179

### Capítulo VIII

Figura 1 - Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal .....	455
Figura 2 - Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal.....	456
Figura 3 - Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal .....	459
Figura 4 - Estabelecimentos das TNC Licenciados por Terapêutica em Portugal.....	461
Figura 5 - Tipologia dos Serviços das TNC dos Estabelecimentos das TNC Licenciados.....	463
Figura 6 - Tipologia de Licenciamento dos Estabelecimentos das TNC por Distrito.....	466
Figura 7 - Licenciamento dos Estabelecimentos das TNC Em Portugal.....	467
Figura 8 - Responsável Técnico pelos Estabelecimentos das TNC por Distrito.....	469
Figura 9 - Responsável Técnico dos Estabelecimentos das TNC em Portugal.....	470
Figura 10 - Responsável Técnico dos Serviços das TNC por Distrito.....	472
Figura 11 - Responsável Técnico dos Serviços das TNC em Portugal.....	473
Figura 12 – Profissionais das TNC com Cédula Profissional .....	476

## **Introdução**

Esta investigação tem como objeto de estudo uma problemática que se apresenta com múltiplas designações e definições, as ditas práticas terapêuticas designadas ora como medicinas alternativas e complementares, ora como medicinas complementares e alternativas, ora como medicinas integradas, ora como medicina holística, ora como medicina natural, ora como medicina tradicional, entre outras designações. Esta diversidade de designações para as mesmas práticas terapêuticas é visível inclusive no nosso país, no qual é utilizado o termo medicinas alternativas e complementares ou o termo medicinas complementares e alternativas em contexto académico e científico e a denominação de terapêuticas não convencionais no contexto político e legal. Tendo em atenção que a discussão à volta da definição e terminologia destas práticas de saúde será realizada no Capítulo I não nos debruçaremos muito neste ponto sobre este tema, referindo apenas quais os termos e definições que optámos por utilizar na nossa dissertação. Neste trabalho utilizaremos, então, a terminologia medicina complementar e alternativa (MCA) ou medicina alternativa e complementar (MAC), identificadas como idênticas, no singular ou no plural dependendo do contexto, para designar estas práticas terapêuticas devido este termo ser o mais usado na literatura científica nos países anglo-saxónicos, e de constatarmos que as últimas dissertações de doutoramento realizadas sobre a temática em Portugal também o elegeram<sup>1</sup>, com exceção aos temas tratados nesta dissertação relativos à regulamentação legal destas práticas e à investigação empírica em que será utilizada a denominação terapêuticas não convencionais (TNC), termo utilizado no contexto legal e político português. Esta falta de consenso à volta das medicinas complementares e alternativas não está apenas centralizada na sua terminologia, mas também na sua própria definição. Nesta investigação, tendo em atenção o nosso objeto de estudo, elegemos duas definições, para definir estas práticas terapêuticas. A designação medicinas complementares e alternativas é neste estudo referente à definição dada pela Organização Mundial de Saúde (2020)<sup>2</sup> “... um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país ou da medicina convencional e não estão

---

<sup>1</sup>Pegado, E. (2017). O recurso às medicinas complementares e alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas, Lisboa: ISCTE/IUL – Instituto Universitário de Lisboa (tese de doutoramento);

Franco, Luísa (2010), O Processo de Institucionalização das Medicinas Alternativas e Complementares. O Caso da Acupuntura em Portugal, Lisboa, Tese de Doutoramento em Sociologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.

<sup>2</sup> Esta definição estava no site oficial da Organização Mundial da Saúde no ano de 2020: [https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1)

totalmente integradas ao sistema de saúde dominante. Eles<sup>3</sup> são usados de forma intercambiável com a medicina tradicional em alguns países”. Relativamente ao termo Terapêuticas Não Convencionais (TNC) optamos por considerar a definição nos termos da lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais. As terapêuticas não convencionais, de acordo com o Artigo 3.º da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, são “aquelas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias”, sendo reconhecidas como terapêuticas não convencionais, nos termos do Artigo 2.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia, a naturopatia, a fitoterapia, a quiropraxia e a medicina tradicional chinesa.

Em Portugal no ano de 2003 foi publicada a lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais, nomeadamente a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto. Passado 10 anos é publicada a Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta o acesso às profissões das terapêuticas não convencionais e o seu exercício profissional. Nos anos de 2014 e 2015 são publicadas várias portarias que regulam, entre outros conteúdos, a caracterização e o conteúdo funcional das profissões das sete TNC, os requisitos gerais que devem ser cumpridos pelos ciclos de estudos conducente ao grau de licenciado de cinco TNC, designadamente da osteopatia, da acupuntura, da naturopatia, da fitoterapia e da quiropraxia, e os requisitos mínimos referentes à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para a prática da atividade das terapêuticas não convencionais<sup>4</sup>. Por último nos anos de 2017, 2018 e 2019 são publicadas duas leis, - a Lei n.º 1/2017 de 16 de janeiro, que estabelece a primeira alteração da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro e a Lei n.º 109/2019, de 9 de setembro, que procede à segunda alteração à Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, modificando o regime de atribuição de cédulas profissionais - e a Portaria n.º 45/2018, de 9 de fevereiro, que regula os requisitos gerais que devem ser cumpridos pelo ciclo de estudos que possibilita o grau de licenciado em Medicina Tradicional Chinesa<sup>5</sup>. Passado duas décadas após o primeiro regulamento legal das TNC, a publicação da lei que legaliza seis terapêuticas (acupuntura, homeopatia, osteopatia, quiropraxia, fitoterapia e naturopatia), o processo de regulamentação das terapêuticas não convencionais ainda não foi concluído encontrando-

---

<sup>3</sup> O pronome pessoal eles, nesta definição, traduzida de inglês para português, refere-se aos termos de medicina complementar ou medicina alternativa.

<sup>4</sup> <https://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/terapeuticas-nao-convencionais-2/>

<sup>5</sup> <https://www.acss.min-saude.pt/2016/12/14/terapeuticas-nao-convencionais-2/>

se, no entanto, na sua fase final, a aguardar a regulamentação do ciclo de estudos de homeopatia e do regime especial de transição das escolas de ensino das TNC. O processo de regulamentação das terapêuticas não convencionais em Portugal decorreu ao longo de duas décadas, com retrocessos e avanços, com lutas entre os vários intervenientes, nas quais os interesses cooperativos, económicos, políticos, académicos, científicos e profissionais dos vários intervenientes emergiram, e impediram a finalização deste processo. Esta investigação tem deste modo como objeto de estudo a análise do processo de desenvolvimento das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) em Portugal no período que medeia entre a sua legalização (Lei N.º 45/2003 de 22 de agosto) até ao momento presente, fevereiro de 2022, sendo nosso objetivo compreender por um lado as diversas fases do processo de legalização das MAC e por outro a evolução das MAC após terminar o processo de regulamentação destas. Face a isso é nosso objetivo compreender o período histórico-social político que antecipa a legalização das MAC, na medida que só compreendendo este é que podemos entender efetivamente o nosso objeto de estudo, o período histórico-social político em que incide a maior parte da legislação das MAC e o período histórico-social político no qual os regulamentos legais das MAC já estão quase na totalidade regulamentados, comparando todo este processo com os processos semelhantes ocorridos não só na União Europeia mas no resto do mundo. Para além disso o nosso estudo terá como um dos seus enfoques compreender esta temática não só numa perspetiva europeia, mas também de modo mais global, a nossa história com Macau e a forma como a mesma, influência a regulamentação e aceitação social e científica das MAC. Nas últimas décadas as relações internacionais entre Portugal e Macau têm se fortalecido no âmbito de projetos de cooperação económica, científica, educacional e medicinal.

Perante o exposto a questão central desta investigação empírica é «Como evoluíram as MAC em Portugal no novo quadro jurídico criado pela legalização das suas práticas terapêuticas?». Esta questão permite a formulação da hipótese central da investigação empírica: «Houve um aumento das TNC em Portugal com o novo quadro jurídico criado pela legalização das suas práticas terapêuticas». A formulação desta hipótese possibilitou, por sua vez, formular um conjunto de questões cruciais para o nosso estudo empírico referentes:

- Ao processo de regulamentação das MAC nos países da União Europeia e outros países do mundo;

- À contribuição da história das relações de cooperação entre Portugal e Macau para a aceitação social e científica das MAC em Portugal;
- Ao número de profissionais com cédula profissional das TNC atribuída pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP;
- Ao número de estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal;
- Às terapêuticas não convencionais legalizadas integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal;
- Ao tipo de profissionais responsáveis técnicos pelos estabelecimentos e serviços das TNC;
- À autonomia técnica e deontológica dos profissionais das TNC;
- Às irregularidades e infrações passíveis de contraordenação praticadas pelos estabelecimentos das TNC;
- Aos processos de contraordenação instaurados contra os estabelecimentos das TNC;
- Às reclamações e queixas apresentadas contra os estabelecimentos e profissionais das TNC;
- Às instituições de ensino superior a lecionar ciclos de estudos das TNC acreditados;
- E aos ciclos de estudos das TNC acreditados.

As respostas às questões previamente enunciadas implicaram a adoção de uma metodologia mista, que combinou procedimentos qualitativos e quantitativos, consistindo na utilização integradora de uma pluralidade de métodos de pesquisa. A metodologia de investigação utilizada foi o estudo de caso. O estudo de caso, que é uma metodologia que pode estar centralizada no estudo do caso “múltiplo, nos quais vários estudos são conduzidos simultaneamente: vários indivíduos, várias organizações, por exemplo” (Ventura, 2007, p. 384), ou seja, onde se inclui vários casos dentro do mesmo estudo (Dolley, 2002 cit. por Meirinhos & Osório, 2010, p. 59), parece-nos ser a metodologia mais adequada tendo em atenção que a nossa investigação tem vários casos de estudo, inclui simultaneamente vários estudos. As respostas às questões de estudo previamente formuladas, consistiram deste modo, em vários momentos de análise crítica sistemática cruzada realizados nesta dissertação, que tiveram em atenção a ordenação de temas e



conteúdos da estrutura desta dissertação que tem como objetivo o entendimento claro e conciso do nosso objeto de estudo, não se restringindo ao capítulo intitulado de investigação empírica. As respostas a duas das questões de investigação relativas ao processo de regulamentação das MAC nos países da União Europeia e outros países do mundo e à contribuição da história das relações de cooperação entre Portugal e Macau para a aceitação social e científica das MAC em Portugal, não foram, deste modo, realizadas no capítulo de investigação empírica, mas noutros momentos de análise crítica e sistemática que contemplam este nosso trabalho, designadamente nos Capítulos II e VI. No Capítulo II a análise crítica e sistemática realizada às tabelas construídas com os dados recolhidos no projeto “CAMbrella”, no relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” e na Base de Dados, online, de profissões regulamentadas da União Europeia, permitiu responder às questões relativas ao processo de regulamentação das MAC nos países da União Europeia e outros países do mundo. No Capítulo VI a análise crítica e sistemática realizada a vários artigos científicos, documentos e sites oficiais possibilitou responder à questão de estudo «A história das relações de cooperação entre Portugal e Macau contribuiu para a aceitação social e científica das MAC em Portugal?».

O mapeamento foi escolhido como instrumento de recolha de dados devido nos parecer o método mais eficaz para estabelecer uma identificação e caracterização não só do processo de regulamentação das MAC em Portugal, mas também a nível da União Europeia. O estudo de caso, enquanto metodologia de investigação flexível e abrangente, que não estuda apenas o fenómeno, mas também o seu contexto (Yacuzzi, 2005 cit. por Meirinhos & Osório, 2010), que utiliza múltiplas fontes de dados (Meirinhos & Osório 2010), possibilitou deste modo transversalmente e em momentos diferentes da realização desta tese utilizar as suas técnicas de pesquisa numa “lógica de construção de conhecimento” (Meirinhos & Osório, 2010, p. 64).

A tese, composta por oito capítulos, foi organizada e estruturada tendo por base os objetivos previamente definidos e enunciados precedentemente. Nos Capítulos I e III, assim como nalguns pontos enunciados nos Capítulos IV e V apresentam-se e discutem-se as diversas perspetivas teóricas que convergem para a compreensão do fenómeno social das MAC. Nestes pontos abordam-se várias perspetivas teóricas da sociologia, designadamente da sociologia da saúde, da sociologia das profissões e da sociologia contemporânea. No que se refere a esta última o enfoque foi nas abordagens da teoria

social pós-moderna. Para além disso salienta-se também os contributos da área da antropologia médica.

No primeiro capítulo desenvolvemos o enquadramento teórico e a problemática da investigação, apresentando a discussão científica existente à volta da designação e definição da Medicina Complementar e Alternativa, a distinção entre a medicina dita ortodoxa e medicina complementar e alternativa na perspetiva conceitual da incomensurabilidade de paradigmas, a relação entre a Medicina Complementar e Alternativa e a Medicina Ortodoxa, partindo da posição hegemónica que a Medicina Ortodoxa ocupa nos cuidados de saúde e por último as diversas abordagens teóricas que explicam a reemergência da Medicina Complementar e Alternativa na década de 60 e 70. A apresentação da discussão científica existente à volta da designação e conceito da Medicina Complementar e Alternativa permitiu não só a delimitação do objeto de estudo da nossa investigação como também possibilitou uma reflexão sobre os significados sociais das classificações utilizadas neste domínio social e científico. A conceptualização da incomensurabilidade de paradigmas permitiu constatar a existência de um pluralismo médico no mundo ocidental contemporâneo. A apresentação de vários conceitos teóricos que tentam explicar a relação existente entre a medicina complementar e alternativa e a medicina ortodoxa, tais como a de pluralismo médico, hibridização, domesticação, convergência, complementaridade e integração, permitiu compreender por um lado que o processo de institucionalização das MAC nas sociedades ocidentais será complexo e repleto de sucessivos passos descontinuados com diferenças estruturais geograficamente e temporalmente, e por outro que apenas algumas das terapias das MAC serão objeto de incorporação, continuando a sua maioria marginalizada. Neste capítulo é também demonstrada a crescente popularidade das MAC nas sociedades ocidentais, tendo como cenário um conjunto de mudanças socioculturais que têm repercussões diretas ou indiretas no domínio da saúde. Nas décadas de 60 e 70 houve um aumento das MAC como o demonstram vários estudos científicos na sociedade ocidental, tendo estas nas últimas décadas obtido uma aceitabilidade social e política e inclusive epistemológica que teve como resultado a regulamentação de algumas dessas práticas e inclusive a sua integração nos sistemas nacionais de saúde de alguns países. Face a isso duas questões se colocam neste cenário ocidental, em que apesar deste pluralismo médico, ainda persiste a hegemonia da biomedicina: «O que mudou na sociedade ocidental, nomeadamente nas décadas de 1960 e 1970, que permitiu a progressiva aceitabilidade social e legitimidade

das MAC ?»; e «Quais as transformações culturais, científicas, políticas, sociais e económicas que as sociedades sofreram que levaram à progressiva aceitabilidade social e legitimidade das MAC ?». O ponto 1.5 do Capítulo I tenta então responder a estas duas questões essenciais para a compreensão do nosso objeto de estudo.

O segundo capítulo consiste na apresentação das MAC no contexto da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>6</sup> e da União Europeia (UE), tentando entender de que forma estas duas organizações internacionais se têm posicionado em termos de aceitabilidade e legitimidade perante as MAC. Tendo em atenção que um dos objetivos da nossa investigação é perceber de que forma os processos de regulamentação das MAC estão a decorrer nos países da União Europeia, designadamente é responder à questão de estudo previamente enunciada «Os processos de regulamentação das MAC nos países da União Europeia apresentam características semelhantes ao processo de regulamentação em Portugal?», neste capítulo utilizando como estratégia operacional o mapeamento, construíram-se várias Tabelas. Foi construída a Tabela 19 – “Profissões das MAC regulamentadas e registadas na Base de Dados de profissões regulamentadas da União Europeia em 2021”, e a Tabela 20 – “Profissões das MAC regulamentadas e registadas na Base de Dados de profissões regulamentadas da União Europeia em 2012 e 2021”, com dados recolhidos na Base de Dados, online, de profissões regulamentadas da Comissão Europeia, criada com a Diretiva 2005/36/CE. Neste capítulo foram também construídas várias tabelas tendo por base os resultados do projeto “CAMbrella”. Este projeto financiado pela União Europeia faz o ponto da situação e desenvolvimento das MAC em 39 países, tanto do ponto de vista legal como do grau de aceitação social destas práticas profissionais. Por último tendo por base os resultados do relatório “*WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*”, um relatório que analisa “o progresso global em medicina tradicional e complementar nas últimas duas décadas e é baseado nas contribuições de 179 Estados Membros da Organização Mundial de Saúde” (WHO, 2019, p. 5)<sup>7</sup>, construímos diversos gráficos que nos permitiram compreender o desenvolvimento das MAC na União Europeia, assim como o estado atual das MAC na União Europeia comparativamente com os países do resto do mundo.

---

<sup>6</sup> Nesta dissertação optamos por usar a sigla OMS para nos referirmos à Organização Mundial de Saúde.

<sup>7</sup> A bibliografia relativa a publicações da Organização Mundial de Saúde será citada no texto tendo como referência a sigla WHO.

O terceiro capítulo é composto pela apresentação de vários estudos sociológicos, mas também de outras ciências sociais relativos ao uso das MAC, na qual se procura sistematizar as razões dadas para explicar o aumento da procura destas práticas, e analisar os estudos realizados sobre o uso das MAC em Portugal, explicando o uso das MAC no nosso país comparativamente com os países da Europa.

No quarto capítulo é realizada uma breve análise histórica às MAC, partindo de uma análise histórica global que incide na história e origem das MAC internacionalmente procura-se posteriormente descrever a história das MAC em Portugal. Este capítulo foi elaborado tendo em atenção três períodos histórico-políticos: Período que vai dos fins do Século XVIII ao início Século XX – Neste período assiste-se em paralelo ao nascimento de algumas das medicinas alternativas e complementares na Europa e aos primeiros passos do nascimento da medicina científica; Período que vai da primeira metade do Século XIX à década de 70 do Século XX – Neste momento histórico as medicinas complementares e alternativas sofrem o que alguns autores designam de eclipse; Período que vai da segunda metade do Século XX (mais propriamente das décadas de 60 e 70) até à atualidade - Por último neste período histórico dá-se o que é referido por muitos como a reemergência das medicinas alternativas e complementares.

O quinto capítulo teve como finalidade não só uma descrição analítica e crítica de todo o processo de regulamentação das TNC em Portugal, mas também, no contexto social, cultural, económico, académico, político e científico, compreender as várias posições relativas a este processo dos vários intervenientes e verificar quais as estratégias utilizadas para conseguir atingir os seus diferentes interesses e objetivos. Este capítulo consistiu na análise de três períodos histórico-sociais políticos: o período que antecipa a legalização das Terapêuticas Não Convencionais; o período histórico-social político em que incide o processo de regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais; e o período histórico-social político no qual os regulamentos legais das Terapêuticas Não Convencionais já estão quase na totalidade regulamentados.

O sexto capítulo descreve a história de Portugal com Macau no que se refere às MAC, procurando demonstrar de que forma esta relação influenciou a regulamentação e aceitação social e científica das MAC em Portugal.

O sétimo capítulo desta dissertação apresenta a metodologia aplicada na investigação empírica apresentada no Capítulo VIII.

O último capítulo realiza a apresentação e discussão dos resultados da investigação empírica, que incidiu nas questões de estudo relativas aos dados quantitativos que permitem compreender o desenvolvimento das MAC em Portugal após a sua regulamentação. Neste capítulo com o objetivo de uma melhor compreensão dos resultados quantitativos foram analisadas duas entrevistas e um questionário, realizados a três terapeutas portuguesas das TNC.

Por fim na conclusão, discutem-se, de forma estruturada, sistemática e crítica, os principais resultados obtidos com esta investigação e os seus contributos para o conhecimento das medicinas complementares e alternativas. A apresentação é realizada tendo em atenção as questões orientadoras da pesquisa previamente formuladas e as conclusões produzidas pelo estudo, numa lógica analítica que pretende a reconstrução de conhecimento sobre as MAC. Procede-se também a uma reflexão sobre os desafios teóricos e metodológicos suscitados por este estudo e suscetíveis de investigação em futuras pesquisas sobre as MAC.

## **Capítulo I – Enquadramento Teórico**

### **1.1 Definição das Medicinas Alternativas e Complementares**

Neste primeiro tópico começaremos por abordar o debate existente à volta da definição dos cuidados de saúde não convencionais, uma questão central para a compreensão do nosso estudo. Este tem sido um debate controverso na medida em que não existe até à data uma definição aceite e uniforme do que são estas práticas de saúde não convencionais. A falta de consenso relativamente a uma definição precisa e universal deve-se por um lado à diversidade de práticas terapêuticas, crenças e tratamentos que estão incluídos no termo que as designa, e suas respetivas filosofias, tradições e preceitos que por vezes se apresentam tão heterogéneos entre si. Por outro esta é uma questão não só académica, mas também social, política, histórica, económica e cultural (Coulter & Willis, 2007; Broom & Tovey (2007).

Para um melhor entendimento do debate realizado, nas últimas décadas, à volta da definição destas práticas de saúde não convencionais, construímos uma tabela com várias definições realizadas por investigadores de referência na revisão bibliográfica, assim como por instituições e organizações internacionais, governamentais e não-governamentais pertinentes para esta temática. Posteriormente, tendo como enquadramento teórico a revisão bibliográfica realizada, analisámos cada uma delas.

**Tabela 1 – Definição e Terminologia das MAC**

<b>Autor</b>	<b>Terminologia</b>	<b>Data</b>	<b>Definição</b>	<b>Autores que citaram a definição</b>
Eisenberg et al.	Medicina não convencional /terapias não convencionais	1993	“...intervenção médicas não ensinadas amplamente nas escolas médicas dos EUA ou geralmente disponíveis em hospitais dos EUA. Exemplos incluem acupuntura, quiropraxia e massagem terapêutica” (1993, p. 246).	Kelner, & Wellman, 2003; CAMbrella, 2012e; Ng et al., 2016
Eisenberg et al.	Medicina Alternativa	1998	“...intervenção médicas não ensinadas amplamente nas escolas médicas dos EUA ou geralmente disponíveis em hospitais dos EUA” (1998, p. 1569).	Kelner & Wellman, 2003; CAMbrella, 2012e,
Saks	Medicina alternativa	1992a	“A Medicina Alternativa pode ser adotada para abranger todas as práticas de assistência médica que, em qualquer momento específico, geralmente não recebem apoio do estabelecimento médico no contexto britânico, seja por meio de mecanismos como financiamento de pesquisas médicas ortodoxas, cobertura simpática nas revistas médicas convencionais ou inclusão rotineira no currículo médico convencional” (1992 a, p. 4).	Kayne, 2009
Saks	Medicinas complementares e alternativas	1992b/2005b	“... até as MAC serem reconhecidas e apoiadas pelo governo, elas estão em uma posição marginal no sistema de saúde e devem ser consideradas como alternativa” (cit. por Kelner & Wellman, 2003, p.12).	Kelner & Wellman, 2003

Saks	Medicina complementar e alternativa	2015/1992b	“As MAC são vistas inversamente como aquelas terapias geralmente não suportadas pelo estado e atualmente amplamente subordinadas à biomedicina” (2015, p.30).	
Cochrane Collaboration <sup>8</sup>	Medicina complementar	1995	“é diagnóstico, tratamento e / ou prevenção que complementa a medicina convencional, contribuindo para um todo comum, satisfazendo uma demanda não atendida pela ortodoxia ou diversificando as estruturas conceituais da medicina”	Ernst, & Fugh-Berman, 2002; CaMbrella, 2012a;
Cochrane complementary medicine <sup>9</sup>	Complementary, alternative or integrative therapies (CAM).	2011	A Cochrane complementary medicine adotou uma definição operacional, ou seja, definiu uma lista de terapias que a Medicina Complementar Cochrane classifica como complementares, alternativas ou integrativas (MAC). A tabela está em ordem alfabética e pode ser pesquisada no site da Cochrane complementary medicine.	
Zollman & Vickers	Medicina complementar	1999	“Medicina complementar refere-se a um grupo de disciplinas terapêuticas e de diagnóstico que existem em grande parte fora das instituições onde os cuidados de saúde convencionais são ensinados e prestados” (1999a, p. 693).	CAMBrella, 2012a;
Easthope et al.	Medicina complementar	2000	“...quaisquer práticas terapêuticas que não satisfaçam os padrões da maioria da comunidade médica ortodoxa na Austrália, que não são amplamente ensinadas nas escolas de medicina australianas e que geralmente não estão disponíveis nos hospitais australianos” (2000, pp. 1555-1556).	Kotsirilos et al., 2005

<sup>8</sup> A definição de Medicina Complementar adotada pela Cochrane Collaboration foi elaborada por Ernst et al., 1995 (como é referido no artigo de Ernst, E., & Fugh-Berman, A. (2002). Complementary and alternative medicine: what is it all about?. Occupational and environmental medicine, 59(2), 140–143).

A Cochrane, (anteriormente conhecida como Cochrane Collaboration, tendo a sua designação sido alterada em janeiro de 2015) “organização internacional independente e sem fins lucrativos, constituída por investigadores, profissionais de saúde, doentes, cuidadores e outras pessoas com interesse pela saúde, trabalha em colaboração com profissionais de todo o mundo para a produção de Revisões sistemáticas de ensaios controlados aleatórios de intervenções médicas, publicadas na Biblioteca Cochrane.” (site: <https://portugal.cochrane.org/>). Em janeiro de 2011, a organização tornou-se parceira oficial da Organização Mundial de Saúde, obtendo assento na Assembleia Mundial de Saúde, contribuindo desta forma nas suas resoluções.[4][5].

<sup>9</sup> A Cochrane Complementary Medicine é um dos campos temáticos da Cochrane. O desenvolvimento desta definição operacional é descrito no artigo de Wieland, L. S., Manheimer, E., & Berman, B. M. (2011). O site oficial da Cochrane Complementary medicine é este: <https://cam.cochrane.org/operational-definition-complementary-medicine>



Saks	Medicina complementar e alternativa	2015a	<p>“...a MAC é definida aqui em termos de sua posição subordinada em relação aos cuidados de saúde ortodoxos, centrada na marginalidade dos praticantes da MAC em relação ao poder na divisão do trabalho ocupacional”.</p> <p>“A essência da definição de MAC adotada nesta abordagem sociológica, portanto, é que suas terapias constituintes não se baseiam em características intrínsecas homogêneas, mas em sua posição politicamente marginalizada (Saks, 2008)” (2015, p.30).</p>	Saks
Saks	Medicina complementar e alternativa	2018	<p>“Na saúde ocidental, a MAC é definida em termos de práticas que estão fora da ortodoxia estabelecida pela profissão médica dominante e baseada na biomedicina. Como tal, abrange um conjunto muito diversificado de terapias - variando de acupuntura e aromaterapia a fitoterapia e homeopatia” (2018, p. 360).</p>	
BMA	Medicina complementar	1993	<p>“aquelas formas de tratamento que não são amplamente usadas pelas profissões de saúde ortodoxas (convencionais?) e cujas habilidades não são ensinadas como parte do currículo de graduação dos cursos de saúde médicos e paramédicos ortodoxos (convencionais?)” (1993, pp7-8)</p>	CAMBRELLA, 2012e; WEIR, 2005;
BMA	Medicina complementar	1993	<p>“Terapias "complementares" são aquelas que podem trabalhar ao lado e em conjunto com o tratamento médico ortodoxo. “Nesse papel, as terapias são uma forma de tratamento adicional e complementar.” (1993, pp. 6–7)</p>	STONE & KATZ, 2005
BMA	Medicina alternativa	1993	<p>“Por outro lado, terapias 'alternativas' podem ser vistas como aquelas que são dadas no lugar de tratamento médico ortodoxo. Embora claramente qualquer terapia não convencional possa, em algumas circunstâncias, ser usada como uma forma alternativa de tratamento”. (1993, pp. 6–7)</p>	STONE, & KATZ, 2005

Ernst	Medicina Complementar e Alternativa	2000a	“...é definida como “diagnóstico, tratamento e/ou prevenção que complementa a medicina convencional, contribuindo para um todo comum, satisfazendo uma demanda não atendida pela ortodoxia ou diversificando as estruturas conceituais da medicina”. Ela compreende uma variedade confusa de técnicas heterogêneas, com abordagens terapêuticas e diagnósticas” (2000a, p. 1133).	Keane, 2009
Eskinazi	Medicina alternativa	1998	“Medicina alternativa é definida como um amplo conjunto de práticas de saúde (ou seja, já disponíveis ao público) que não sejam prontamente integradas ao modelo dominante de saúde, porque colocam desafios a diversas crenças e práticas sociais (culturais, econômicas, científico, médico e educacional)” (1998, p. 1622).	Stone, & Katz, 2005
Cassileth	Medicina alternativa	1999	“As alternativas podem ser vistas literalmente como “outras terapias” - elas são promovidas para tratar o câncer e são usadas em vez da terapia convencional” (1999, p. 362).	CAMBrella, 2012e
Cassileth	Medicina complementar	1999	“As terapias complementares ou adjuvantes, ao contrário, são usadas para o gerenciamento de sintomas e para melhorar a qualidade de vida, juntamente com os cuidados comuns” (1999, p. 362).	CAMBrella, 2012e

Office of Alternative Medicine (OAM) <sup>10</sup>	Medicina complementar e alternativa	1997	“A medicina complementar e alternativa (MAC) é um amplo domínio de recursos de cura que abrange todos os sistemas, modalidades e práticas de saúde e suas teorias e crenças que os acompanham, exceto aquelas intrínsecas ao sistema de saúde politicamente dominante de uma sociedade ou cultura em particular em um determinado país e período histórico. A MAC inclui todas as práticas e ideias definidas por seus usuários como prevenção ou tratamento de doenças ou promoção da saúde e bem-estar. Os limites dentro da MAC e entre o domínio MAC e o do sistema dominante nem sempre são nítidos ou fixos <sup>11</sup> ” (1997, p. 50).	Zollman & Vickers, 1999b; Kelner & Wellman, 2003; Vickers & Heller, 2005; Kayne, 2009; Stone & Katz, 2005 <sup>12</sup> ; Wieland, Manheimer, & Berman, 2011; O'Connor et al., 1997
National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) <sup>13</sup>	Medicina complementar e alternativa	2000	“...as práticas de medicina alternativa e complementar são melhor descritas como aquelas que atualmente não são consideradas parte integrante da medicina convencional.” “...Tão diversa e abundante quanto os povos e culturas do mundo, as práticas de MAC podem ser agrupadas em cinco domínios principais: sistemas médicos alternativos; intervenções mente-corpo; tratamentos de base biológica; métodos manipulativos e baseados no corpo; e terapias energéticas...” (2000, p. 8; 25).	Coulter, & Willis, 2007; Kotsirilos, 2005; Kristoffersen et al., 2008 <sup>14</sup> ; CAMbrella, 2012e

<sup>10</sup>Em outubro de 1991 o Congresso dos EUA aprovou uma lei (Lei Pública 102-170) de financiamento designadamente no valor de US \$ 2 milhões, para a criação, no ano de 1992, de um serviço no National Institutes of Health (NIH) para investigar e avaliar práticas médicas não convencionais. Em junho de 1993 a Lei de Revitalização do NIH de 1993 (P.L.103-43) estabelece formalmente o Office of Alternative Medicine (OAM). O National Institutes of Health (NIH), parte do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, é uma agência de pesquisa médica governamental, constituída por 27 centros e institutos (<https://www.nih.gov/about-nih>).

<sup>11</sup> Esta definição foi desenvolvida por um painel convocado pelo OAM em 1995 para definir e descrever a MAC. Esta definição também foi adotada pela Cochrane Collaboration (cit. por Vickers, A. et Heller, T., 2005; Kayne, 2009)

<sup>12</sup> Os autores atribuem esta definição à Cochrane Collaboration

<sup>13</sup> Em outubro de 1998 o Congresso, sob o Título VI, Seção 601 da Lei de Apropriações Omnibus de 1999 (P.L. 105-277) estabelece o Centro Nacional de Medicina Alternativa e Complementar (NCCAM) passando deste modo o OAM a ser o Centro Nacional de Medicina Alternativa e Complementar (NCCAM) que possui mais autonomia e autoridade. (<https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih>; Jonas, W., 2000).

<sup>14</sup> A definição destes autores apesar de não ser relativa à publicação deste trabalho é semelhante e referente a uma outra publicação do NCCAM, pelo que decidiu-se considerar como citação da mesma.

NCCAM	Medicina complementar e alternativa	2005	“...práticas não comprovadas pela ciência e atualmente não consideradas parte integrante da medicina convencional (também conhecida como biomedicina, ou medicina convencional ou alopática).” (2005, p. 2).	Stone & Katz, 2005 <sup>15</sup>
NCCAM	Medicina complementar e alternativa	2011	“...um grupo de diversas intervenções, práticas, produtos ou disciplinas médicas e de saúde que geralmente não são”	White et al., 2013
National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) <sup>16</sup>	Complementary Health Approaches/Abordagens complementares de saúde	2016	“Um grupo de diversos sistemas, práticas e produtos médicos e de saúde que não são considerados parte da medicina convencional ou alopática. A maioria dessas práticas é usada em conjunto com terapias convencionais” (2016, p. 6)	Riera et al, 2019; Stone & Katz, 2005 <sup>17</sup>
NCCIH <sup>18</sup>	Saúde alternativa	2020	“Se uma prática não convencional é usada no lugar da medicina convencional, é considerada "alternativa"”.	Stone & Katz, 2005 <sup>19</sup>
NCCIH <sup>20</sup>	Complementary Health/Saúde Complementar	2020	“Se uma prática não convencional é usada em conjunto com a medicina convencional, é considerada "complementar".”	Riera et al., 2019; Stone & Katz, 2005
Stone & Katz	Complementary medicine	2005	“...é considerada um complemento ao tratamento convencional. Os praticantes complementares podem trabalhar ao lado dos médicos de um paciente e tratar de acordo com o diagnóstico médico” (2005, p. 37).	
Stone & Katz	Alternative Medicine	2005	“Profissionais alternativos trabalham dentro de um campo diagnóstico diferente e, como tal, são percebidos como mais ameaçadores para a medicina convencional” (2005, p. 37).	

<sup>15</sup> Os autores não citam a definição de MAC da publicação considerada neste estudo, mas sim a definição apresentada no site do NCCAM na data da realização do capítulo do livro. No entanto tendo em atenção a semelhança entre as duas definições assim como a proximidade da data foi considerada uma citação.

<sup>16</sup> Em dezembro de 2014 o Congresso dos EUA alterou a designação de NCCAM para National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) (<https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih>).

<sup>17</sup> Os autores não citam esta definição, mas a definição no site da NCCAM online na data de 2004, designadamente “...é usada em conjunto com a medicina convencional. Um exemplo de terapia complementar é usar aromaterapia para ajudar a diminuir o desconforto do paciente após a cirurgia.”

<sup>18</sup> Definição apresentada atualmente no site do NCCIH (<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#hed1>)

<sup>19</sup> Os autores não citam esta definição, mas a definição no site da NCCAM online na data de 2004, designadamente “...é usada no lugar da medicina convencional. Um exemplo de terapia alternativa é usar uma dieta especial para tratar o câncer, em vez de ser submetida a cirurgia, radiação ou quimioterapia, que foi recomendada por um médico convencional..”

<sup>20</sup> Definição apresentada atualmente no site do NCCIH (<https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#hed1>)

WHO	Medicina tradicional	2002	A OMS define a medicina tradicional como diversas práticas, abordagens, conhecimentos e crenças em saúde que incorporam medicamentos baseados em plantas, animais e / ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados individualmente ou em conjunto para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir doenças (2002, p.7).	CAMBrella (2012e),
WHO	Medicina complementar e alternativa	2002	“Os termos "complementar" e "alternativo" (e às vezes também "não convencional" ou "paralelo") são usados para se referir a um amplo grupo de práticas de saúde que não fazem parte da tradição de um país ou não são integradas no seu sistema de saúde predominante” (2002, p. 8).	Almeida, 2012
WHO	Distinção entre medicina tradicional e medicina alternativa	2002	"Medicina tradicional" (MT) é um termo amplo usado para se referir aos sistemas de MT, é por exemplo medicina tradicional chinesa, medicina hindu Áyurveda e árabe Unani e às várias formas de medicina indígena. As terapias da MT incluem terapias com medicação, se envolverem o uso de ervas, partes de animais e/ou minerais e terapias sem medicação, se forem realizadas principalmente sem o uso de medicação, como no caso da acupuntura, terapias manuais e terapias espirituais. Em países onde o sistema de saúde dominante é baseado na medicina alopática, ou onde MT não foi incorporada no sistema de saúde nacional, MT é frequentemente denominada "complementar" "alternativa" ou "não convencional" (2002, p. 1).	CAMBrella (2012a),
WHO	Medicina Tradicional	2013	“É a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não, usadas para manter a saúde e prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais” (2013, p.15).	
WHO	Medicina tradicional e complementar	2013	“A medicina tradicional e complementar funde os termos "medicina tradicional" e "medicina complementar" e abrange produtos, práticas e profissionais” (2013, p. 15).	

WHO	Medicina complementar/ Medicina alternativa	2013	“Os termos "medicina complementar" ou "medicina alternativa" se referem a um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição ou medicina convencional de um determinado país ou estão totalmente integradas ao sistema de saúde vigente. Em alguns países, esses termos são usados de forma intercambiável para se referir à medicina tradicional” (2013, p. 15).	
WHO <sup>21</sup>	A medicina tradicional	2020	“A medicina tradicional tem uma longa história. É a soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde e na prevenção, diagnóstico, aprimoramento ou tratamento de doenças físicas e mentais”.	
WHO <sup>22</sup>	"Medicina complementar" ou "Medicina alternativa	2020	“Os termos "medicina complementar" ou "medicina alternativa" se referem a um amplo conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição ou da medicina convencional daquele país e não estão totalmente integradas ao sistema de saúde dominante. Eles são usados de forma intercambiável com a medicina tradicional em alguns países”.	
Relatório Lannoye <sup>23</sup>	Medicinas não convencionais	1997	“Por medicinas não convencionais entende-se, por oposição às noções de medicinas alternativas e/ou complementares, que são utilizadas no quadro da medicina convencional (por exemplo, o termo "alternativo" é utilizado correntemente para descrever um tratamento médico que pode substituir um tratamento cirúrgico e vice-versa), as disciplinas ou práticas médicas como a antroposofia, a homeopatia, a medicina chinesa ou a naturopatia, que são sistemas médicos completos assentes em conceitos teóricos e/ou filosóficos e no âmbito dos quais a doença é encarada menos como consequência da ação de agentes externos do que de um desequilíbrio orgânico.”	

<sup>21</sup> Definição apresentada atualmente no site da WHO [https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1)

<sup>22</sup> Definição apresentada atualmente no site da WHO [https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1)

<sup>23</sup> Relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais elaborado pela Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor do Parlamento Europeu que tinha como relator o Deputado Paul Lannoye. Esta definição é apresentada na proposta de resolução sobre o estatuto das medicinas não.

Relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais (A4-0075/97) <sup>24</sup>	Medicinas não convencionais	1997	“As medicinas não convencionais deverão ser definidas de forma abstrata. Por medicinas não convencionais dever-se-á entender os processos terapêuticos que não pertencem ou não pertencem ainda à medicina convencional, que produzem com um elevado grau de probabilidade a cura que prometem e cujo exercício não está necessariamente subordinado à obtenção de um grau reconhecido oficialmente no domínio da ciência médica (diploma em medicina)”.	Relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais (A4-0075/97) <sup>25</sup>
CAMBrella <sup>26</sup>	Medicina Complementar e Alternativa	2012b	Uma definição pragmática de MAC: “A MAC, utilizada pelos cidadãos europeus, representa uma variedade de sistemas e terapias médicas diferentes, com base nos conhecimentos, habilidades e práticas derivadas de teorias, filosofias e experiências usadas para manter e melhorar a saúde, além de prevenir, diagnosticar, aliviar ou tratar doenças físicas e mentais. As terapias de MAC são usadas principalmente fora dos cuidados de saúde convencionais, mas em muitos países algumas terapias estão sendo adotadas ou adaptadas pelos cuidados de saúde convencionais”.	
House of Lords <sup>27</sup>	Medicina Alternativa e Complementar	2000	“Medicina Alternativa e Complementar (MAC) é um título usado para se referir a um grupo diversificado de terapias e disciplinas relacionadas à saúde que não são consideradas parte dos cuidados médicos convencionais”.	
Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais (Lei n. °45/2003 de 22 de agosto)	Terapêuticas não convencionais	2003	“Terapêuticas não convencionais são aquelas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias”.	

<sup>24</sup> No Parecer da Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos (Artigo 147º do Regimento) relativo ao relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais da Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor é proposta esta definição de medicinas não convencionais (Relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais).

<sup>25</sup> No Parecer da Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos (Artigo 147º do Regimento) relativo ao relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais da Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor é proposta esta definição de medicinas não convencionais (Relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais).

<sup>26</sup> CAMBrella é um projeto financiado pela EU, no âmbito do 7º Programa-Quadro, que conduziu um programa de pesquisa sobre a situação da CAM na Europa entre 2010 e 2012. O grupo consistia em 16 instituições parceiras de 12 países europeus. Esta definição está disponível em: <https://cam-europe.eu/foundation-of-cam-umbrella-organisations/what-is-complementary-and-alternative-medicine/>

<sup>27</sup> House of Lords é a segunda câmara do Parlamento do Reino Unido. É independente e complementa o trabalho da Câmara dos Comuns eleita. Os Lordes compartilham a tarefa de elaborar e elaborar leis, verificar e desafiar o trabalho do governo. A Câmara dos Lordes é composta por cerca de 800 membros de várias profissões e estilos de vida. (<https://www.parliament.uk/business/lords/work-of-the-house-of-lords/>). Esta definição encontra-se na publicação “House of Lords (2000a). Select Committee on Science and Technology. 6th Report. Complementary and Alternative Medicine, London: The Stationery Office” disponível em: <https://publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12302.htm>

Pegado	Medicinas complementares e alternativas	2017	“Consistem num conjunto diversificado de terapias ou práticas terapêuticas que têm em comum o facto de assumirem um carácter de diferencialidade face à chamada medicina convencional (que em Portugal é, em simultâneo, a “medicina oficial”) e de proclamarem a posse de um corpo de saberes mais ou menos sistematizado sobre a saúde e a doença orientador das práticas terapêuticas” (2017, p.18).	
--------	---	------	---	--

Ao analisarmos as várias definições da Tabela 1 constatamos que muitas delas são realizadas por académicos médicos, como por exemplo Eisenberg e Catherine Zollman, e não por praticantes destas terapias não convencionais. Segundo Jonas e Levin (1999) estas definições podem ser compreendidas como uma criação social que depende da perspetiva do indivíduo que as realiza. Nesse contexto as definições apresentadas por Eisenberg et al. (1993, 1998) e Zollman e Vickers (1999a), assim como pela British Medical Association (BMA, 1993) ao descreverem estas práticas de cura não convencionais como estando “fora do pensamento médico aceite, do conhecimento científico ou do ensino universitário” (Ernst, 1996, p. 244) podem ser consideradas uma criação social biomédica.

A definição de Eisenberg et al. (1993, 1998), usada em datas diferentes, revela-se inconsistente. Isto porque passado alguns anos não se aplica à realidade, uma vez que muitas das modalidades terapêuticas não convencionais passaram a ser lecionadas nas escolas de medicina dos EUA e do Canadá (Kelner & Wellman, 2003; CAMbrella, 2012e), para além de que na data em que foi publicada não se aplicava a alguns países da Europa, designadamente à Alemanha onde se verificava nos currículos dos cursos de medicina as principais disciplinas das práticas de cura não convencionais (CAMbrella, 2012e). Easthope et al. mais tarde, em 2000, apresentam uma definição muito semelhante e que tal como a anterior se revela arcaica. Como refere Kotsirilos (2005) cada vez se verificam mais escolas de medicina a oferecer cursos referentes a estas modalidades terapêuticas não convencionais (temporalmente) levando a uma constante mudança da definição culturalmente.

A Cochrane Collaboration (conhecida posteriormente como Cochrane - sua designação foi alterada em janeiro de 2015) “organização internacional independente e



sem fins lucrativos, constituída por investigadores, profissionais de saúde, doentes, cuidadores e outras pessoas com interesse pela saúde (...) de todo o mundo para a produção de revisões sistemáticas de ensaios controlados aleatórios de intervenções médicas, publicadas na Biblioteca Cochrane.”<sup>28</sup>, parceira oficial da Organização Mundial de Saúde, desde janeiro de 2011<sup>29</sup>, adotou a definição elaborada por Ernst et al. (1995). Esta definição é compreendida como positiva ao estar relacionada com aspetos holísticos e às necessidades dos pacientes (CAMbella, 2012e; Ernst & Fugh-Berman, 2002). A definição de Cochrane realça as características destas práticas de saúde não convencionais ao contrário das definições mencionadas precedentemente que realizam uma definição tendo em atenção as características que não possuem.

Nos EUA, o Office of Alternative Medicine (OAM)<sup>30</sup>, um serviço governamental do National Institutes of Health<sup>31</sup> para investigar e avaliar práticas médicas não convencionais, em 1995 convocou um painel para definir e descrever estas práticas de saúde. A definição do OAM foi adotada pela Cochrane Collaboration<sup>32</sup>. Segundo Kelner e Wellman (2003), esta definição descreve estas práticas de cura não convencionais e a medicina ortodoxa como iguais, e tem em atenção “a existência de múltiplos sistemas de cura que têm vários graus de domínio e influência” (Kelner & Wellman, 2003, p. 11) nos Estados Unidos, Canadá, Grã-Bretanha e outras sociedades ocidentais (Kelner & Wellman, 2003; Jonas, 1997). Esta definição considera o país e o período histórico como determinantes para denominar uma prática de saúde como não convencional. Ou seja, a definição destas práticas de saúde não convencionais varia em função do tempo e do espaço. Uma prática de saúde considerada não convencional pela sociedade ocidental é perspectivada como convencional em muitos outros países (Kelner & Wellman, 2003), assim como uma prática de saúde considerada hoje convencional pode ter sido não convencional num passado recente ou vice-versa. Por exemplo a sangria de doentes, uma prática de saúde da medicina convencional nos finais do século XVIII, seria considerada

---

<sup>28</sup> site: <https://portugal.cochrane.org/>

<sup>29</sup> Em janeiro de 2011, a organização tornou-se parceira oficial da Organização Mundial de Saúde, obtendo assento na Assembleia Mundial de Saúde, contribuindo desta forma para as suas resoluções.[4][5]

<sup>30</sup> Em outubro de 1991 o Congresso dos EUA aprovou uma lei (Lei Pública 102-170) de financiamento designadamente no valor de US \$ 2 milhões, para a criação, no ano de 1992, de um serviço no National Institutes of Health (NIH) para investigar e avaliar práticas médicas não convencionais. Em junho de 1993 a Lei de Revitalização do NIH de 1993 (P.L.103-43) estabelece formalmente o Office of Alternative Medicine (OAM). (<https://www.nih.gov/about-nih>).

<sup>31</sup> O National Institutes of Health (NIH), parte do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, é uma agência de pesquisa médica governamental, constituída por 27 centros e institutos (<https://www.nih.gov/about-nih>).

<sup>32</sup> Citado pelos autores Vickers, A. & Heller, T., (2005); Kayne SB, (2009). Stone, J. & Katz, J., (2005) atribuem esta definição à Cochrane Collaboration.

terapia alternativa bárbara atualmente e a dieta com fins terapêuticos aceite atualmente na medicina convencional, seria categorizada como suspeita num passado recente por este mesmo sistema médico (Frohock, 2002).

Posteriormente o Centro Nacional de Medicina Alternativa e Complementar (NCCAM)<sup>33</sup>, que veio substituir o OAM, em outubro de 1998, e passou a ter mais autonomia e autoridade, apresentou outras definições como podemos verificar na Tabela 1, que tinham como principal característica não considerarem estas modalidades terapêuticas não convencionais parte da medicina convencional ou alopática. Estas definições revelam-se ultrapassadas uma vez que cada vez mais estas práticas de cura são incluídas na prática médica, assim como nos programas de ensino e faculdades médicas (Coulter & Willis, 2007). Estes conceitos também permitem entrever que a medicina ortodoxa mantém uma posição de hegemonia sobre estas práticas de cura, tendo o poder de incorporar uma destas modalidades terapêuticas não convencionais quando se enquadra nos preceitos biomédicos estabelecidos (Stone & Katz, 2005) cientificamente. As práticas de saúde não convencionais são definidas ora como aquelas que não pertencem ou estão fora da medicina convencional (Stone & Katz, 2005) ora como um conceito que caracteriza uma tal diversidade de terapias, práticas e tratamentos que dificulta a sua utilidade como definição (Coulter & Willis, 2007).

Ao analisarmos a Tabela 1 constatamos que também outras definições têm como característica central descreverem estas práticas de saúde como “não pertencerem”, “não fazerem parte” ou “estarem fora” da medicina convencional. Exemplos disso são as definições dadas no Relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais (A4-0075/97), por Zollman e Vickers em 1999 e House of Lords em 2000.

Na primeira Resolução da União Europeia relativa às práticas de saúde não convencionais, designadamente a *Resolução do Parlamento Europeu, sobre o estatuto das medicinas não convencionais* (A4-0075/97), no Parecer da Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos (Artigo 147º do Regimento) é apresentada uma definição negativista destas práticas que refere que “Por medicinas não convencionais dever-se-á entender os processos terapêuticos que não pertencem ou não pertencem ainda

---

<sup>33</sup> Em outubro de 1998 o Congresso, sob o Título VI, Seção 601 da Lei de Apropriações Omnibus de 1999 (P.L. 105-277) estabelece o Centro Nacional de Medicina Alternativa e Complementar (NCCAM) passando deste modo o OAM a ser o Centro Nacional de Medicina Alternativa e Complementar (NCCAM) que possui mais autonomia e autoridade. Em dezembro de 2014 o Congresso dos EUA alterou a designação de NCCAM para National Center for Complementary and Integrative Health (<https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih>; Jonas, W., 2000).

à medicina convencional...”. Este Parecer é relativo ao Relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais elaborado pela Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor do Parlamento Europeu que tinha como relator o Deputado Paul Lannoye, e que ficou conhecido como Relatório Lannoye. No Relatório Lannoye é apresentada uma definição bastante positiva das práticas de saúde não convencionais, sendo definidas pelas suas características, ao contrário da descrita posteriormente no Parecer da Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos, em que estas práticas são definidas tendo em atenção as suas diferenças relativamente à medicina convencional. A definição do Parecer da Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos salienta que estas práticas de saúde são aquelas que não pertencem à medicina convencional e são exercidas por profissionais sem qualificação médica. Para além disso esta definição faz referência à incorporação das práticas de saúde não convencionais pela medicina convencional como sendo uma situação previamente estabelecida.

Zollman & Vickers (1999a, p.693) optando pelo termo medicina complementar descrevem estas práticas de saúde como estando “fora das instituições onde os cuidados de saúde convencionais são ensinados e prestados”, ou seja, para explicar o mesmo conceito utilizam a expressão “estão fora” na vez da expressão “não pertencem”, contendo, no entanto, tanto uma como outra expressão o mesmo significado de exclusão.

A House of Lords<sup>34</sup>, a segunda câmara do Parlamento do Reino Unido, também utiliza uma enunciação negativa para descrever as práticas de saúde não convencionais, designadamente a expressão “não são consideradas parte” da medicina convencional.

CAMBrella<sup>35</sup>, um projeto financiado pela União Europeia, no âmbito do 7º Programa-Quadro, que conduziu um programa de pesquisa sobre a situação destas práticas de saúde não convencionas na Europa entre 2010 e 2012, apesar de definir estas práticas no geral de uma forma positiva não deixa de ter na sua definição dita pragmática a enunciação “fora dos cuidados de saúde convencionais”.

---

<sup>34</sup> Os Lordes compartilham a tarefa de elaborar leis, verificar e desafiar o trabalho do governo. É independente e complementa o trabalho da Câmara dos Comuns eleita. A Câmara dos Lordes é composta por cerca de 800 membros de várias profissões e estilos de vida. (<https://www.parliament.uk/business/lords/work-of-the-house-of-lords/>)

<sup>35</sup> O grupo consistia em 16 instituições parceiras de 12 países europeus.

Todas estas definições descrevem as práticas de saúde não convencionais, como refere Coulter e Willis (2007), em termos de “alteridade”, ou seja, não descrevem as suas características intrínsecas, mas sim aquilo que não são. Estas práticas de saúde são definidas pelo que “não são” - nomeadamente não são ensinadas nas faculdades formais de medicina, não são exercidas por profissionais qualificados em medicina, não são praticadas nos sistemas de saúde oficiais ou não estão cientificamente comprovadas - e não “pelo que são” (Kayne, 2009), sendo deste modo improficuas. Todas estas definições têm em comum o facto de serem descritas em termos de diferenciação em relação à medicina convencional, ou seja, as definições são realizadas tendo em atenção essa demarcação e não as suas características intrínsecas como foi anteriormente dito. Essas definições não nos parecem úteis na medida que não cobrem uma diversidade de aspetos intrínsecos a estas práticas de saúde, aspetos estes que deveriam ser fatores padrões determinantes efetivamente da sua definição. Tal como refere Coulter e Willis (2007) não definimos medicina convencional pelo que não é, então porque o fazemos relativamente a estas práticas de saúde?

Para além disso as definições ao descreverem estas práticas de saúde não convencionais ora como “não ensinadas nas faculdades formais de medicina”, ora como “não exercidas por profissionais qualificados em medicina” ora como “não praticadas nos sistemas de saúde oficiais”, ora como “não fazendo parte da medicina convencional” revelam-se confusas e imprecisas. Isto porque à medida que práticas de saúde não convencionais como a acupuntura, a quiropraxia e técnicas de relaxamento entre outras, são praticadas por médicos e administradas em hospitais públicos ou mesmo cobertas por seguros, estas definições deixam de ter sentido. Presentemente cada vez mais os limites entre a medicina convencional e a designada medicina complementar e alternativa são ambíguos, chegando mesmo a existir defensores, segundo Kelner e Wellman, (2003) de que algumas destas práticas devido serem cobertas pelo seguro e nós acrescentamos praticadas por médicos e administradas em estabelecimentos hospitalares públicos, fazem parte do atendimento convencional, ou seja, da medicina convencional. A questão que então se coloca é que práticas de saúde são classificadas como medicinas complementares e alternativas. A Cochrane Complementary Medicine, um dos campos temáticos da Cochrane, adotou a definição operacional descrita em um artigo no *Jornal Alternative Therapies in Health and Medicine*, em 2011, que tinha como objetivo definir critérios para identificar exhaustivamente quais as terapias a classificar como medicinas

complementares e alternativas. No entanto, esta é uma problemática que se mantém e tem sido discutida sistematicamente. As modalidades terapêuticas incluídas na definição destas práticas de saúde não convencionais diferem de país para país (Kayne, 2009; CAMbrella, 2012e). Por exemplo a definição europeia destas práticas de saúde difere da definição dos EUA. A definição de medicinas complementares e alternativas nos EUA inclui por exemplo estilo de vida saudável, técnicas de oração, corpo e mente, ao contrário da definição da Europa (CAMbrella, 2012e).

Em Portugal, apesar do processo de regularização destas práticas de saúde não convencionais se ter manifestado politicamente e socialmente bastante controverso e historicamente longo, a “Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais” (Lei n.º 45/2003) apresenta inesperadamente uma definição que nós consideramos ser caracterizada “pelo que é”. Elsa Pegado (2017) também ela concebe uma definição positiva e inclusiva relativa a estas práticas de saúde não convencionais, sublinhando, no entanto, tal como a “Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais”, o carácter diferencial destas práticas de saúde relativamente à medicina convencional.

A Organização Mundial de Saúde (OMS<sup>36</sup>) elegeu como conceito central destas práticas de saúde não convencionais o descrito pela designação Medicina Tradicional como nos é possível verificar na Tabela 1. O conceito de Medicina Tradicional dado pela OMS nas últimas décadas sofreu apenas pequenas alterações, sendo Medicina Tradicional definida ao longo dos anos, não em termos da sua alteridade, mas sim positivamente pelo que é.

Ao analisarmos a Tabela 1 verificamos que as definições são usadas por alguns autores de forma intercambiável relativamente ao termo que as designa, por exemplo Zollman & Vickers (1999a) e Easthope et al. (2000) optaram pelo termo medicina complementar apesar de a sua definição ser referente a todas as práticas de saúde não convencionais. Constatamos também que por vezes o mesmo autor usa as definições e termos destas práticas de saúde não convencionais de forma intercambiável, designadamente Ernst definiu os termos “medicina complementar” (1995) e “medicina complementar e alternativa” (2000) utilizando exatamente a mesma definição. E outros

---

<sup>36</sup> Neste trabalho optamos pela sigla OMS para identificar a Organização Mundial de Saúde no texto da tese e da sigla WHO para referenciar a bibliografia relativa a esta organização.

defendem uma determinada terminologia e respetiva definição, apresentando argumentos para essa opção, mas, contudo, nem sempre a usando.

Eskinazi (1998) propõe uma definição com o termo medicina alternativa que prioriza os fatores que podem influenciar a aceitação ou rejeição a priori destas práticas alternativas de saúde pelas sociedades. Para Stone (2002 cit. por Stone & Katz, 2005) esta definição é útil na medida em que pressupõe que a aceitação ou rejeição destas práticas de saúde alternativas não depende unicamente e só da classe profissional médica (Stone & Katz, 2005), porque fatores intrínsecos à filosofia destas práticas de saúde “colocam desafios a diversas crenças e práticas sociais (culturais, económicas, científico, médico e educacional)” (Eskinazi, 1998 cit. por Stone & Katz, 2005, p. 34). Perante esta definição o conceito de doença deixa de ter o significado que tem no sistema da medicina convencional, enfraquecendo deste modo o domínio desta, e outros fatores são considerados relevantes, designadamente o impacto do ambiente na saúde ou o efeito das relações interpessoais na saúde.

Saks, numa abordagem completamente oposta à de Eskinazi, propõe igualmente uma definição com o termo medicina alternativa (Kayne, 2009). Nos diversos artigos escritos por Saks sobre esta temática, numa abordagem essencialmente sociológica, são descritas diferentes definições que apresentam como principal característica o domínio da biomedicina e a subordinação das modalidades terapêuticas não convencionais. Saks realiza uma análise crítica às diversas definições destas práticas de saúde alternativas, designadamente àquelas que se descrevem como holísticas ou históricas, alegando que nem todas as modalidades terapêuticas alternativas têm antecedentes históricos longos ou elegem uma abordagem filosófica de toda a pessoa (mente, corpo e espírito), além de que “o desenvolvimento de uma definição baseada em um conjunto fixo de terapias não capturar a natureza dinâmica das medicinas complementares e alternativas no Ocidente” (Saks, 2015a, p.30). Para além disso as definições destas práticas de saúde variam entre sociedades específicas e diferentes partes do mundo, sendo estas diferentes definições inevitavelmente, segundo o autor, moldadas por perspetivas teóricas e não em termos políticos. Para Saks (2015a), pelo contrário, o que define as práticas de saúde designadas como medicinas complementares e alternativas é a sua posição politicamente marginalizada e não outras características intrínsecas às mesmas ou como defendido por alguns a sua falta de evidências científicas quando comparadas com a medicina ortodoxa (Saks, 2015a). Para Saks a definição destas práticas está fluidamente relacionada com a

medicina convencional estando os seus limites, que mudam ao longo do tempo, interligados, e o conjunto de terapias incluídas na designação medicinas complementares e alternativas, não consiste num conjunto homogéneo de práticas, tendo como único ponto comum o facto de serem marginalizadas politicamente. Saks define deste modo estas terapias com “base no conceito de fechamento social de exclusão no mercado que dá origem à profissionalização”, sendo as medicinas complementares e alternativas compreendidas como produto de “um fechamento social legalmente consagrado no qual a medicina e as profissões de saúde aliadas conquistaram o terreno político mais alto” marginalizando-as (Saks, 2015a, pp. 30-31).

Também para Coulter e Willis (2007) estas práticas de saúde não convencionais são bastante heterogéneas, sendo complicado por isso não só defini-las mas também diferencia-las da medicina alopática. Para Coulter e Willis (2007) as diferenças entre as diversas práticas não convencionais são estruturais, estas não apresentam um só paradigma de conhecimento sobre doença e saúde, assim como tratamentos baseados nesse mesmo conhecimento, mas vários paradigmas revelando deste modo uma incomensurabilidade de paradigmas no seu próprio seio. A medicina ayurveda<sup>37</sup> e a medicina tradicional chinesa, ao serem consideradas paradigmas com conhecimentos sobre saúde e doença diferentes, podem ser exemplo dessa incomensurabilidade de paradigmas e demonstrar que a complementaridade ou integridade de paradigmas é impossível relativamente a estas práticas de saúde não convencionais. Os problemas de definição revelam-se inclusive, segundo os autores, um obstáculo ao processo de legitimação destas práticas. Como resposta a esta problemática eles sugerem que existe uma característica comum em todo o conjunto de práticas de saúde não convencionais que as define e distingue da medicina ortodoxa que é o princípio do vitalismo. O princípio do vitalismo consiste “na aceitação de que todos os organismos vivos são sustentados por uma força vital que é ao mesmo tempo diferente e maior que as forças físicas e químicas”, sendo esse vitalismo representado nas diversas modalidades terapêuticas de diferentes formas, designadamente por qi, força vital, yin-yang, prana, inteligência universal, inata etc. (Coulter & Willis, 2007, p.216).

Ao contrário de Saks e Eskinazi, outros autores e essencialmente as organizações internacionais como a British Medical Association e o National Center for

---

<sup>37</sup> O termo ayurveda e o termo ayurvédica são referentes à medicina indiana.

Complementary and Alternative Medicine, distinguem conceitualmente “medicina alternativa”, “medicina complementar” e “medicina complementar e alternativa”.

Stone e Katz (2005) afirmam que a medicina complementar é um complemento à medicina convencional, e salientam que a principal diferença entre a medicina alternativa e a medicina complementar é o diagnóstico, o diagnóstico na medicina complementar é um diagnóstico médico ao contrário do que sucede na medicina alternativa. Também Cassileth (1999) faz distinção entre estes dois termos apresentando duas definições perspectivadas pela positiva, nomeadamente pelo que são e não pelo que não são.

Perante esta análise podemos concluir em primeiro que muitas das definições expostas na Tabela 1 têm em comum serem definições negativas, ou definições de exclusão (Stone & Katz, 2005; Ng et al., 2016), isto é, definidas pelo que não são. Portanto, deste modo as definições da medicina não convencional “dependem, para sua identidade, da existência da medicina convencional” (Frohock, 2002, p. 214).

Em segundo que a maioria destas definições se centra em dois fatores que Broom e Tovey (2007, p. 1024) consideram caracterizar estas práticas de saúde não convencionais: “...a falta de integração nos sistemas ocidentais de saúde”; e “... a tendência a adotar modelos de cuidados que incorporam elementos físicos e metafísicos nos processos de tratamento”. Tendo em atenção estes dois fatores mas compreendendo esta temática através de uma abordagem mais sistémica, estas práticas de saúde não convencionais podem ser consideradas um fenómeno social não construído, delimitado por fronteiras fluídas e flutuantes, marcadas “quer por atributos intrínsecos às diversas terapias, designadamente formas de perspetivar a saúde, a doença e a prática terapêutica, quer em função do estado das lutas simbólicas que se vão operando entre as várias terapias para defender ou ocupar determinadas posições nesse campo” (Bourdieu, 1984 cit. por Pegado, 2017, pp.18-19).

Por fim concluimos afirmando que estas práticas de saúde não convencionais são um fenómeno social complexo e em constante mudança, construído e dinâmico, histórica e culturalmente variável, com um conjunto diversificado e muitas vezes paradigmaticamente diferente de práticas terapêuticas, cada uma com sua própria filosofia de cura e tradições de uso (Kelner & Wellman, 2003; Jonas, 2002; Broom & Tovey, 2007), e incomensuráveis com o atual paradigma dominante de medicina. Contudo a sua diversidade não se limita às suas características intrínsecas (naturalismo,



holismo, vitalismo e história) é também uma “(...) diversidade em termos de dimensão organizacional, estrutura, modalidades, fundamentos filosóficos, relação com a medicina ortodoxa e avaliação pelo governo” (Clarke, Doel & Segrott, 2004, p. 331).

A construção de uma taxonomia das diversas práticas de saúde não convencionais tem sido realizada, nas últimas décadas, por várias instituições governamentais e não governamentais, assim como por vários investigadores cientistas. O National Center for Complementary and Integrative Health, designação que em dezembro de 2014 veio substituir a de National Center for Complementary and Alternative Medicine, a House of Lords, Tatarzyn (2002), Fulder (1996), Cant e Sharma (1999), e o projeto CAMbrella (2012) entre outros desenvolveram sistemas de classificação com base em distintos critérios. Por exemplo o projeto CAMbrella (2012e) identifica como critérios que podem ser usados para classificação a tradição histórica, a natureza/tipo de terapia, modo de ação, as evidências sobre a terapia, os prestadores e seu status legal (médicos, não médicos, autotratamento), o cenário de tratamento (consultório particular, assistência médica integrada, hospital etc.), a integração ao serviço nacional de saúde / cobertura de seguro (obrigatório ou opcional), as principais indicações ou áreas como educação em saúde, medicina preventiva, medicina curativa, objetivos principais pretendidos (desintoxicação, fortalecimento etc.), e outros. Pegado (2017) por sua vez identifica como critérios de classificação o grau de legitimação institucional, a filosofia subjacente, as práticas terapêuticas ou a origem. Neste estudo não nos debruçaremos sobre a construção da taxonomia destas práticas de saúde não convencionais por não nos parecer relevante em termos gerais para a compreensão da nossa investigação. No entanto, como já foi referido parece-nos pertinente identificar pelo menos algumas das muitas modalidades terapêuticas incluídas na definição destas práticas de saúde não convencionais e inclusive definir aquelas que em Portugal, foram objeto de regulamentação<sup>38</sup> (Acupuntura; Fitoterapia; Homeopatia; Medicina tradicional chinesa; Naturopatia; Osteopatia; e Quiropraxia). O projeto CAMbrella (2012e) identificou um total de 65 disciplinas/métodos diferentes utilizados em 14 países da Europa (Reino Unido, Itália, França, Espanha, Hungria, Roménia, Alemanha, Áustria, Suíça, Suécia, Dinamarca, Grécia, Irlanda e Bélgica). Para além disso identificou as seguintes disciplinas e métodos não convencionais como mais importantes na Europa: acupuntura (vários métodos), medicina

---

<sup>38</sup> Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais

antroposófica, fitoterapia, homeopatia, terapias manuais (quiropaxia, massagem, osteopatia, reflexologia), medicina natural (incluindo aromaterapia, fitoterapia, nutrição, suplementos alimentares, exercícios, conselhos sobre estilo de vida e técnicas psicológicas) e Medicina Tradicional Chinesa (vários métodos e técnicas relacionadas).

Contudo para além destas disciplinas/métodos muitos mais existem. Como refere Stone & Katz a definição destas práticas de saúde não convencionais pode incluir pelo menos 200 tipos diferentes de terapia (2005, p.29). Entre estas diferentes terapias temos por exemplo hipnose, a medicina ayurvédica, a reflexologia, a shiatsu, a cinesioterapia/quinesioterapia, o reiki, a florais de Bach, a aromaterapia, a massagem Tui-Na, o Yoga, a cura espiritual, o método Kneipp, a visualização, a apiterapia, a energologia, a unani, a homotoxicologia, a kirliangrafia, a massoterapia, a termografia, e a hidroterapia.

Nesta dissertação torna-se relevante, de forma a clarificar todo este trabalho de investigação, definir as modalidades terapêuticas não convencionais que foram regulamentadas. As definições descritas nesta dissertação, tendo em atenção que o objeto de estudo desta investigação é o processo de crescimento das medicinas complementares e alternativas em Portugal no período em que sucedeu a regulamentação destas, consistem naquelas apresentadas nas portarias publicadas a 8 de outubro de 2014, no Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 19, que regulam o acesso às profissões de naturopatia, acupuntura, homeopatia, fitoterapia, quiropaxia e osteopatia, e medicina tradicional chinesa.

## **Naturopatia**

*"A naturopatia é a terapêutica que estuda as propriedades e aplicações dos elementos naturais, a fim de prevenir a doença e manter, promover e restaurar a saúde, recorrendo ainda ao aconselhamento dietético naturopático e à orientação sobre estilos de vida e utilizando a fitoterapia, a homeopatia, a hidroterapia, a geoterapia, as terapias da manipulação e outros métodos afins. 2 — A naturopatia: a) Consiste numa abordagem holística, energética e natural do ser humano, através de métodos de diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios, assentes em axiomas e teorias específicas; b) Recorre aos agentes físicos e métodos energéticos, com base nas filosofias ocidental e oriental, através dos quais diagnostica, trata e cuida dos pacientes, utilizando sistemas e práticas*

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

## **Osteopatia**

*“A osteopatia é a terapêutica que tem como objetivo diagnosticar diferencialmente, tratar e prevenir distúrbios neuro-músculo-esqueléticos e outras alterações relacionadas, utilizando uma variedade de técnicas manuais e outras afins necessárias ao bom desempenho osteopático para melhorar funções fisiológicas e ou a regulação da homeostase que pode estar alterada por disfunções somáticas, neuro-músculo-esqueléticas e elementos vasculares, linfáticos e neuronais relacionados. 2 — A osteopatia: a) Tem uma abordagem sistémica dos cuidados prestados e baseia-se no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, na qual todas as partes estão interligadas e possui mecanismos inerentes de autorregulação e autocura; b) Respeita a relação entre as diferentes dimensões do ser humano na saúde e na doença; c) Enfatiza a integridade estrutural e funcional do corpo humano e a sua capacidade intrínseca para a autocura; d) Dá especial atenção à biomecânica do sistema neuro-músculo-esquelético e à sua relação com a fisiologia do organismo; e) Tem como componentes essenciais da intervenção o diagnóstico estrutural, o tratamento manipulativo e outros necessários ao bom desempenho osteopático.»* (Portaria n.º 207-B/2014 de 8 de outubro).

## **Homeopatia**

*“A homeopatia é a terapêutica que utiliza, para prevenção e tratamento, medicamentos homeopáticos obtidos a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na Farmacopeia Europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro da União Europeia, e que pode conter vários princípios. 2 — Os princípios teóricos em que se baseia a homeopatia são, designadamente, a lei da semelhança, o princípio da duração*

*da cura, o princípio do remédio único, a teoria da dose mínima infinitesimal e a teoria da doença crônica. 3 — A homeopatia trata as doenças com medicamentos que, numa pessoa saudável, produziriam sintomas semelhantes aos da doença. 4 — Em vez de combater a doença diretamente, os medicamentos homeopáticos têm por função estimular o corpo a lutar contra a doença. 5 — Os medicamentos homeopáticos baseiam-se no princípio de que diluições de moléculas potencialmente ativas retêm a «memória» da substância original. 6 — Com o fundamento de que o «semelhante cura o semelhante», a homeopatia utiliza uma abordagem holística para o diagnóstico e tratamento dos sintomas do paciente, incluindo na sua prática a orientação da dieta e dos estilos de vida segundo os parâmetros homeopáticos. 7 — Os medicamentos homeopáticos têm como princípio a indução de um processo de reorganização das funções vitais, estimulando o mecanismo de autorregulação” (Portaria n.º 207-C/2014 de 8 de outubro).*

## **Quiropraxia**

*“A quiropraxia é a terapêutica que se baseia no diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do sistema neuro -músculo-esquelético, principalmente a subluxação (no conceito da quiropraxia), bem como nos efeitos destes distúrbios no estado geral de saúde e no bem-estar do indivíduo. 2 — A quiropraxia: a) Utiliza as capacidades inerentes e recuperadoras do corpo humano, e baseia-se na relação existente entre a estrutura vertebral e o funcionamento do sistema nervoso como fator de saúde relevante; b) Respeita a relação entre as diferentes dimensões do ser humano na saúde e na doença; c) Entende a subluxação como lesão ou disfunção em que o alinhamento, a integridade do movimento e ou a função se consideram alterados, embora o contacto das superfícies articulares esteja intacto, essencialmente como uma entidade funcional que pode influenciar a biomecânica e ter implicações neurológicas; d) Confere grande importância às técnicas manuais, com ou sem a utilização de instrumentos, incluindo o ajustamento da subluxação (no conceito da quiropraxia) e ou a manipulação de articulações; e) Não recorre a medicamentos nem a cirurgias, e valoriza os fatores bio-psico-sociais no tratamento da pessoa” (Portaria n.º 207-D/2014 de 8 de outubro).*

## **Fitoterapia**

*“A fitoterapia é a terapêutica que utiliza, como ingredientes terapêuticos, substâncias provenientes de plantas, e inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença, o*

*diagnóstico e o tratamento, abrangendo ainda o aconselhamento dietético e a orientação sobre estilos de vida. 2 — A fitoterapia é uma terapêutica: a) Com uma concepção holística, energética e natural do ser humano, e métodos de diagnóstico, prescrição e tratamento próprios assentes em axiomas e teorias específicos; b) Que utiliza como ingredientes terapêuticos plantas frescas ou secas, medicinais e alimentares, substâncias provenientes de plantas, nomeadamente óleos essenciais e florais, e os seus extratos e preparados que contêm partes de plantas ou combinações entre elas, para diferentes formas de utilização, incluindo a interna e a externa, e usa suplementos alimentares e dietéticos. As plantas ou as suas preparações podem ser produzidas para consumo imediato ou como base para suplementos alimentares e produtos vegetais, sujeitos à legislação aplicável a este tipo de suplementos e produtos” (Portaria n.º 207-E/2014 de 8 de outubro).*

## **Acupuntura**

*“A acupuntura é a terapêutica que utiliza métodos de diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios assentes em axiomas e teorias da acupuntura, utilizando a rede dos meridianos, pontos de acupuntura e zonas reflexológicas do organismo humano, com o fim de prevenir e tratar as desarmonias energéticas, físicas e psíquicas. 2 — A acupuntura: a) É uma terapêutica com uma concepção holística, energética e dialética do ser humano; b) Assenta numa filosofia e metodologia específicas baseadas na medicina tradicional chinesa; c) Aplica processos específicos de diagnóstico e métodos terapêuticos próprios, tendo por base as teorias da medicina tradicional chinesa, para promover e recuperar a saúde e prevenir e tratar as doenças” (Portaria n.º 207-F/2014 de 8 de outubro).*

## **Medicina tradicional chinesa**

*“A medicina tradicional chinesa é a terapêutica que utiliza métodos de prevenção, diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios, baseados nas teorias da medicina tradicional chinesa e nos seus métodos específicos, designadamente, na estimulação dos pontos de acupuntura e meridianos através de diferentes métodos terapêuticos, na prescrição de fórmulas fitoterapêuticas, aconselhamento alimentar e exercícios para promover e recuperar a saúde. 2 — A medicina tradicional chinesa é uma terapêutica: a) Com uma concepção holística, energética e dialética do ser humano; b) Que assenta*

*em axiomas e teorias específicos da medicina tradicional chinesa; c) Que aplica processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias tendo por base as teorias da medicina tradicional chinesa; d) Que investiga, desenvolve e implementa planos de tratamento utilizando a acupuntura, a fitoterapia, a massagem tuiná, a dietética da medicina tradicional chinesa, os exercícios de chi kung e tai chi terapêuticos e outros para melhorar e regular a função e tratar as «desarmonias energéticas» tais como são entendidas pela medicina tradicional chinesa” (Portaria n.º 207G/2014, de 8 de outubro)*

## **1.2 Terminologia das Medicinas Alternativas e Complementares**

As práticas de saúde denominadas como medicina alternativa, medicina não convencional, medicina complementar, medicina complementar e alternativa, medicina não ortodoxa, medicina não comprovada, medicina natural, medicina tradicional, medicina holística, medicina irregular, medicina charlatã, medicina franja, medicina folclórica, medicina integrada, medicina integrativa (Kotsirilos, V. 2005a; Bombardieri, D. & G. Easthope, 2000; Adams, J., 2007; Keshet, Y., 2011; Ng, J. Y., et al. 2016; CAMbrella, 2012e) reemergiram nas sociedades ocidentais em diversas áreas (social, económica, política, científica e académica) nas últimas décadas. Sendo possível verificar esta proliferação não só no aumento de profissionais e consumidores destas práticas de saúde, no aumento do número de instituições e organizações governamentais e não governamentais referentes a esta temática, que ora tem como finalidade os profissionais e os académicos científicos ora o público em geral, no número de estabelecimentos hospitalares privados e públicos que prestam estes cuidados de saúde, no número de produtos ervanários e homeopáticos vendidos mundialmente, no número de universidades e cursos que lecionam estas práticas de saúde, mas também nos debates políticos, científicos, académicos e leigos que proliferam nos meios de comunicação. O crescimento destas práticas de saúde surge não só nos países em desenvolvimento, mas também nos países desenvolvidos (WHO, 2002; Gómez, 2003). Nas sociedades ocidentais contemporâneas onde a medicina convencional tem um estatuto hegemónico, deparamo-nos com o fenómeno designado de pluralismo médico (Ng, J. Y. et al., 2016). Historicamente as sociedades têm apresentado um pluralismo médico (Wallis & Morley, 1976 cit. por Kelner & Wellman, 2000) que se revê desde a consolidação da medicina científica ocidental em meados do século XIX (Pegado, 2017) até aos dias atuais. A mudança nas leis e regulamentos médicos em vários países, nomeadamente a instituição de escolas médicas, o estabelecimento de requisitos de acreditação e licenciamento, definiu de forma rigorosa uma linha de separação entre os profissionais biomédicos e os restantes praticantes de saúde, surgindo mais tarde, desta forma, as designadas medicinas alternativas ou não convencionais (Hoenders et al., 2012; Frohock, 2002).

Como referido inicialmente a terminologia para designar as diversas práticas de saúde que não fazem parte da medicina convencional apresenta uma grande diversidade, não existindo consenso sobre como categorizar estes cuidados de saúde não médicos.

Verifica-se que a classificação destas práticas de saúde pode mudar consoante o país, o período histórico, a etnia, a cultura ou o grupo de intervenientes nesta temática. Nomeadamente constata-se que a classe médica, os académicos e pesquisadores científicos, as instituições governamentais, o grupo de profissionais destas práticas de saúde não médicos e os pacientes e cidadãos usam por vezes denominações diferentes (CAMbrella, 2012e). Como observa Millet (1999), “os problemas de vocabulário e confusão acabam sendo problemas de história, sociologia e poder” (cit. por Kelner & Wellman, 2000, p.4).

O debate sobre a determinação de uma categorização para estas práticas de saúde, tanto na comunidade científica quanto na esfera pública, revela que não são discutidas apenas questões semânticas, mas também ideológicas, filosóficas, perspectivas teóricas, científicas, políticas, económicas e étnicas. É uma questão altamente politizada e controversa, centrada em jogos simbólicos de poder e de interesses, não só entre inter-sistemas terapêuticos (medicina convencional versus práticas de saúde não convencionais), mas também intra-práticas de saúde não convencionais (Pegado, 2017). Os diversos atores sociais desta temática através de “estratégias de afirmação e estigmatização, de avaliações positivas e negativas, de processos de construção e destruição de identidades, de lutas de poder” (Costa, 1998, p. 67) determinam a semântica e significado do objeto social.

Efetivamente torna-se relevante para a compreensão deste estudo analisar a terminologia utilizada nesta área temática. Tendo tal como um dos objetivos elaborou-se a Tabela 1 com as principais definições referenciadas na literatura científica revista para este estudo. Ao analisarmos a Tabela 1, não tendo neste subcapítulo em atenção a definição dada para cada uma das designações, verificamos que o termo mais utilizado desde o início do século XXI é “Medicina Alternativa e Complementar”, seguido dos termos “Medicina Complementar” e “Medicina Alternativa”, tendo, no entanto, este último uma menor incidência. Estas duas últimas designações prevalecem, nesta pequena análise, predominantemente na década de 1990. Apesar de não ser possível fazer qualquer inferência, e não ser esse o objetivo, esta pequena análise vai de encontro ao resultado das investigações realizadas pelo projeto CAMbrella na Europa e por Ng et al. (2016) na América do Norte. O termo “Medicina não Convencional” tal como concluído noutros estudos é referido essencialmente por instituições governamentais, e o de “Medicina Tradicional” pela Organização Mundial de Saúde (CAMbrella, 2012e).



CAMBrella<sup>39</sup>, um projeto financiado pela União Europeia no âmbito do 7º Programa-Quadro, que conduziu um programa de pesquisa sobre a situação das práticas de saúde não convencionais na Europa entre 2010 e 2012, no “Work package 1 - Preliminary CAM terminology and definitions” que tinha como um dos seus objetivos analisar o desenvolvimento da terminologia, identificou “Medicina Alternativa”, “Medicina Não Convencional”, “Medicina Complementar”, “Medicina Tradicional”, “Medicina Complementar e Alternativa”, “Medicina Integrativa” e “Saúde Integrativa” como alguns dos termos usados na literatura científica para designar estas práticas de saúde.

Na América do Norte, Ng et al. (2016) identificaram cinco termos, relativos às práticas de saúde em estudo neste trabalho, como os mais usados em artigos publicados entre 1975 e 2013 (do mais para o menos usado nos títulos dos artigos): “complementar e alternativo”, “complementar”, “alternativa”, “integrado/integrativo” e “não convencional”.

Face ao exposto a questão que se coloca, e que já foi feita também por outros investigadores (CAMBrella, 2012e; Ng et al., 2016) é se houve uma evolução no uso desses termos e suas definições ao longo do tempo.

Contudo, apesar destes termos terem mais prevalência na literatura científica, e também se constatar diferenças relativamente ao período temporal no qual manifestam mais incidência, atualmente estes mesmos termos e outros (por exemplo medicina não ortodoxa, medicina natural ou medicina holística) continuam simultaneamente com mais ou menos incidência a ser eleitos como nomenclatura de vários artigos e livros científicos. Nos diversos artigos científicos que abordam e desenvolvem várias perspetivas teóricas sobre esta temática, a eleição/opção por determinado termo para qualificar estas práticas da medicina é fundamentada e justificada teoricamente pelos investigadores cientistas, quer privilegiando uma perspetiva diacrónica, quer privilegiando uma abordagem

---

<sup>39</sup> O projeto trabalhou em nove pacotes de trabalho independentes, mas inter-relacionados dirigidos por um Comitê Diretor Científico:

Work package 1 - Preliminary CAM terminology and definitions;

Work Package 2 - Legal status and regulation of CAM in Europe;

Work Package 3 - Citizens' needs and attitudes towards CAM ;

Work Package 4 - CAM use in Europe - The patients' perspective;

Work Package 5 - Health Technology Assessment (HTA) and a map of CAM provision in the EU;

Work Package 6 - Global stakeholders view on CAM research and development: Implications for the EU roadmap;

Work Package 7 - General roadmap for future European CAM research;

Work Package 8 - CAMbrella strategy for dissemination of project findings and future networking;

Work Package 9 - Management

relacional, analisando a sua posição face ao sistema de saúde dominante, quer privilegiando as características intrínseca destas práticas. Estas opções por vezes transportam simbólica e implicitamente motivos ocultos que se relacionam com questões ora profissionais, ora ideológicas, ora sociais, ora metafísicas.

Os termos “medicina alternativa” e “medicina complementar”, quer individualmente quer concomitantemente são os mais utilizados, sendo a discussão sobre qual dos dois termos eleger, designadamente “medicina alternativa” ou “medicina complementar”, assunto de vários artigos.

Cant e Sharma (1999, p.5) reconhecendo que a indeterminação na terminologia destas práticas de saúde é um aspeto que se encontra na base desta problemática e que a sua opção não está livre de críticas e conjeturas e mesmo equívocos, elegem como termo a utilizar, no seu livro, “medicina alternativa” que definem como “formas de cura que dependem de bases de conhecimento distintas das da biomedicina e que, como tal, não compartilham a legitimação especial que o Estado conferiu à biomedicina”. Este termo para além de ser referido como flutuante e heterogéneo, não limitando o seu campo conceitual, práticas de saúde podem variar de país para país dependendo da regulamentação legal destas práticas de saúde em determinado momento histórico, transcreve simbolicamente elementos de negatividade e de exclusão e não de uma categoria substantiva na medida em que a sua categorização é relativa à medicina oficialmente legalizada pelo Estado e não propriamente às suas características intrínsecas (Cant & Sharma 1999).

A opção pelo termo “alternativa” está por vezes associada à posição de incompatibilidade de dois sistemas terapêuticos considerados segundo a perspectiva de Kuhn (1970) de incomensuráveis a nível paradigmático, tratando-se de enfatizar as diferenças e os contrastes entre as terapêuticas alternativas e a medicina convencional (Pegado, 2017).

Cant e Sharma (1999, p. 7) referem que a complexa terminologia destas práticas de saúde se reveste de controversa perante os terapeutas que face à maior aceitação por parte dos médicos destas práticas de saúde e a uma dita convergência de sistemas terapêuticos que pode significar uma subordinação à biomedicina optaram pela denominação “medicina alternativa” que perspectiva uma imagem destas medicinas como “sistemas completos por si só”.

Broom e Tovey (2008, p. 3) referem, no entanto, que a designação “medicina alternativa” é uma problemática para alguns profissionais ao sugerir “um grau de separação e incomensurabilidade paradigmática”.

Stone e Katz (2005) afirmam que um elemento diferenciador entre a medicina alternativa e a medicina complementar, assim como entre a medicina alternativa e a biomédica é o diagnóstico clínico uma vez que os profissionais destas práticas fazem um diagnóstico dentro de um sistema terapêutico distinto do sistema biomédico, designadamente de acordo com o seu sistema de crenças e conhecimentos e a sua prática clínica (Stone & Matthews, 1996 cit. por Stone & Katz, 2005). Por sua vez a medicina complementar é considerada um complemento à medicina convencional podendo os seus profissionais e os médicos trabalhar em conjunto tendo como base um diagnóstico médico (Stone & Katz, 2005). A medicina complementar estaria deste modo subjugada à medicina convencional, não podendo os seus profissionais autonomamente realizar o seu próprio diagnóstico. Efetivamente a medicina alternativa é vista como uma ameaça para a medicina convencional na medida em que os seus profissionais podem realizar os seus próprios diagnósticos tendo como referência o seu diferente sistema terapêutico. Stone e Katz (2005) referem que alguns órgãos “umbrella” destas práticas de saúde defendem que o diagnóstico médico deve apenas ser realizado por médicos. Esta era a posição da British Complementary Medicine Association’s e da Ordem dos Médicos Portuguesa que continua até à data presente a reivindicar que o diagnóstico é um ato médico que apenas pode ser realizado pelo médico que “é o profissional legalmente habilitado ao exercício da medicina, capacitado para o diagnóstico” (Projeto de Regulamento que Define o Ato Médico de 28 de março de 2019). Este será um tema a discutir mais exaustivamente nesta tese posteriormente. Indo de encontro à questão colocada por estes investigadores científicos indagamos se esta distinção mais de que uma questão semântica é uma estratégia política com o objetivo de delimitar territórios profissionais.

Nestas posições semânticas antagónicas dos diversos grupos profissionais envolvidos nestas práticas de saúde (médicos, médicos praticantes de medicina complementar, e praticantes não médicos destas práticas de saúde) deslumbra-se uma luta de poder, onde os interesses profissionais, institucionais e económicos emergem e são a verdadeira razão destas diferentes nuances terminológicas.

É de salientar que se torna óbvio que o motivo pelo qual defendem que estas terapias devem ser complementares à medicina convencional não é meramente ideológico

ou teórico, assim como a razão para enfatizar que os terapeutas não devem fazer diagnóstico médico não é uma simples questão de sistemas terapêuticos distintos e de competência profissional. Esta problemática deixou de ser uma questão semântica, ou seja, da categorização das práticas de saúde não convencionais, para passar a ser um processo social e político, complexo e dinâmico, temporal e inacabado que ocorre nas várias sociedades ocidentais.

Saks (2005b) elege o termo “alternativa” destacando a marginalidade destas terapias relativamente ao domínio político da medicina. Saks (1992b/2015) argumenta que elas têm uma característica comum que é a sua posição de marginalidade perante o sistema de saúde dominante.

Kayne (2009) refere que face ao resultado de estudos científicos que apresentam evidência relativamente ao uso concomitante das terapias alternativas com a medicina ortodoxa para tratar diferentes aspetos de uma doença, torna-se evidente que as terapias alternativas são usadas de forma complementar e não alternativa, privilegiando desta forma a denominação “medicina complementar”.

O termo “complementar” tem sido adotado nalguns países pelos praticantes destas práticas de saúde. Como o próprio termo “complementar” indica estas terapias são compreendidas nesta perspetiva como um complemento à medicina biomédica. O termo “Alternativa” aparentemente reivindica um sistema médico totalmente independente e autónomo que é defendido por alguns dos seus praticantes, mas não na sua totalidade que preveem na opção de um termo uma estratégia profissional de legitimação.

Para Sharma (1993) o termo “medicinas alternativas” é desadequado não considerando a dinâmica processual de toda esta temática que na luta pela legalização profissional está constantemente a mudar num contexto político de predomínio estatal da biomedicina.

Cant & Calnan (1991 cit. por Bombardieri et Easthope, 2000) referem que a maioria dos praticantes alternativos em Hobart, Austrália, rejeitou o termo “alternativa”, tendo sido eleito antes o termo “complementar”, não no sentido de subordinação à biomedicina, mas de cooperação. Os médicos, por outro lado entendem estas terapias como um complemento à biomedicina, designadamente como um auxiliar, sendo desta forma subordinada à biomedicina. O uso do termo “complementar” é visto como uma escolha diplomata, em que ambas as partes intervenientes aceitam a mesma denominação,

mas por motivos diferentes (Bombardieri & Easthope, 2000). Ambas as partes intervenientes perspetivam benefícios nesta terminologia. Por um lado, os médicos entendem a medicina complementar como complemento e não como um sistema médico que pode substituir a biomedicina e como tal menos ameaçadora, mantendo a sua hegemonia. Por outro lado, para os praticantes alternativos o reconhecimento destas práticas alternativas como um complemento às terapias ortodoxas pode possibilitar a institucionalização destes cuidados de saúde e a sua regulamentação profissional (Bombardieri & Easthope, 2000).

Também em Portugal o termo “complementar” é eleito pelos terapeutas destas práticas como é possível verificar num estudo realizado em 1998 por Elsa Pegado. A complementaridade surge como “*traço identitário*” e “*como estratégia de legitimação destas terapias*” (Pegado, 2017, p. 28).

Contudo tanto uma denominação como outra, designadamente “alternativa” e “complementar”, têm sido criticadas. Para Gale (2014, p.806) a terminologia destas práticas de cura é “um exercício de poder que, nesse campo, tende a refletir internacionalmente o domínio biomédico “ocidental””, podendo a aceitação dos termos “alternativa” e “complementar”, e a maneira natural e inevitável como experienciam esta forma de dominação ser compreendida como violência simbólica, conceito entendido na perspetiva de Bourdieu (1977 cit. por Gale, 2014, p. 806). Para além disso o autor refere que a maioria dos termos reflete uma dualidade, resultado da construção social histórica.

O termo que junta as designações “complementar” e “alternativa”, nomeadamente “medicina complementar e alternativa”, utilizado por instituições ou organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde, o NCCAM, a União Europeia, o House of Lords entre outras, e usado na literatura anglo-saxónica com maior incidência (Pegado, 2017; Cant, 2005), também tem sido alvo de duras críticas. Saks defende que esta designação exclui terapias como a homeopatia que apresentam filosofias que são completamente antagónicas à medicina convencional, optando como já foi referido pela denominação “medicina alternativa” (cit. por kayne, 2009). No entanto, como é possível verificar na Tabela 1 o autor não deixou de usar a denominação “medicina alternativa e complementar” nos vários artigos científicos que escreveu.

Também Gale (2014) tece duras críticas à designação “medicina complementar e alternativa”, afirmando que esta é uma denominação bastante imprecisa na medida que reúne dois termos com conceitos diferentes, a nível prático e sociológico.

Contudo ao analisarmos a Tabela 1, assim como a diversa literatura relativa a esta temática constatamos que as designações “medicina alternativa”, “medicina complementar” e “medicina complementar e alternativa” são usadas por vezes de forma intercambiável, apesar de grande parte da literatura fazer uma distinção firme entre medicina 'complementar', por um lado, e medicina 'alternativa', por outro.

Por sua vez o termo “medicina tradicional” tem sido utilizado em diferentes contextos nos quais adquire diferentes significados simbólicos para os atores sociais envolvidos. Por um lado a designação “tradicional” é utilizada por profissionais destas práticas para descrever práticas de cura “estabelecidas há muito tempo, originárias de uma área geograficamente específica” e que se apresentam em oposição à medicina moderna, (Gale, 2014, p. 806). Neste contexto a palavra tradicional é interpretada como oposta à chamada medicina dita moderna, significando a palavra tradição prática de cura praticada de geração em geração ao longo da história do homem. Mas como afirma Saks (2015) nem todas estas práticas de saúde têm antecedentes históricos longos sendo por exemplo o caso da homeopatia ou da biofeedback. Por outro lado o termo “medicina tradicional” tem sido utilizado em contextos socioculturais específicos para designar práticas ancestrais usadas em determinados locais geográficos onde a prática da biomedicina existe mas não suprimiu ou diminuiu essas práticas de cura iniciadas anteriormente à biomedicina nesses mesmos locais.

Após uma análise minuciosa realizada aos vários documentos da Organização Mundial de Saúde (OMS) concluímos que apesar de outros termos serem usados, o termo “Medicina Tradicional” foi eleito preferencialmente pela Organização Mundial de Saúde. Face a isso, e tendo em atenção que a OMS ao longo de várias décadas tem sido um marco importante na promoção da Medicina Tradicional, podemos questionar se a primazia dada a esta designação não reflete a posição social, política e científica, ainda que de uma forma informal, da Organização Mundial de Saúde perante estas práticas de saúde. No entanto, também esta designação foi motivo de escrutínio designadamente no âmbito do projeto CAMbrella que refere que a OMS não reconhece que existe um sistema médico tradicional para a Europa derivado do antigo sistema médico grego, uma vez que determina o uso do termo “medicina tradicional” quando referente a África, América

Latina, Sudeste Asiático e/ou Pacífico Ocidental, e "medicina complementar e alternativa" para países da Europa e América do Norte (e Austrália).

O termo “medicina não convencional” é preferido por políticos e governos em alguns países da União Europeia (CAMbrella, 2012e), inclusive em Portugal foi eleita não a denominação “medicina não convencional” mas a controversa designação “Terapêuticas Não Convencionais” pelas instituições governamentais. A terminologia adotada pela legislação portuguesa foi motivo de várias críticas que salientavam o facto da medicina convencional tentar reduzir estas práticas de cura a uma forma menor de “medicina” ao utilizar o termo “terapêuticas” na vez de “medicinas”.

Na União Europeia na década de noventa, nas duas únicas resoluções referentes a esta temática, encontrámos a designação “medicinas não convencionais”: Resolução do Parlamento Europeu, sobre o estatuto das medicinas não convencionais (A4-0075/97); Resolução da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, sobre a abordagem europeia às medicinas não convencionais (Resolução 1206, 1999). Posteriormente, nomeadamente atualmente, é frequentemente utilizada a denominação “Medicina complementar e alternativa” nos vários documentos oficiais da União Europeia.

Para além destas denominações outras têm surgido fazendo referência às características intrínsecas destas práticas de saúde. Acérrimos defensores preconizam por exemplo que estas se devem chamar de “holísticas” ou “naturais” (Lalli, 1986, 1990; Quéniart & Saillant, 1990). Estes termos remetem para as características que se considera serem intrínsecas às representações sobre saúde, doença e cuidados terapêuticos que constituem a essência destas práticas de saúde (Pegado, 2017).

Andrews et al. (2013) com base no fundamento de que o holismo é uma característica central destas práticas de saúde adotam este termo. O holismo é descrito segundo Andrews et al. (2010) e Coulter (2004) como a “compreensão de que o corpo e a mente são um sistema unificado conectado intimamente e complexamente aos sistemas sociais, político-económicos e biológicos, e a crença que a totalidade desses sistemas interconectados é maior do que a soma de suas partes” (cit. por Andrews et al., 2013, p.99). No entanto, também este termo é alvo de crítica por parte de Saks (2005a) que defende que apesar de algumas destas práticas de cura, como a medicina tradicional chinesa (MTC) e a medicina ayurvédica (originária da Índia), apresentarem filosofias que ligam mente e corpo ao ambiente em geral, muitas outras pelo contrário apresentam

métodos mecanicistas de cura como é o caso da osteopatia. Siahpush (1999) afirma que nem todas as terapias são holísticas, referindo para além disso que a medicina convencional também tem abordagens holísticas.

Pizzorno (2003) elege o termo "medicina natural" com base no fundamento de que a natureza é a essência das filosofias de cura destas práticas de saúde. Estas terapias acreditam na capacidade única de cura de cada indivíduo sendo sua função apoiar e promover esta mesma capacidade. É também de salientar que na modernidade, o significado de natural está associado a uma ideologia de inocuidade (Lopes, 2010; Lopes et al., 2012) e as terapêuticas associadas a este termo são vistas como menos invasivas e, por isso, menos suscetíveis de provocar efeitos indesejados (Pegado, 2017). No entanto, como é salientado por Saks (2005a) tal não sucede em todas estas práticas, apresentando algumas delas riscos inerentes. Saks realiza a seguinte questão a propósito desta problemática: “Não obstante o uso de plantas como lavanda e alecrim na aromaterapia, o que poderia ser menos natural do que inserir agulhas de aço no corpo de uma pessoa para fins terapêuticos, como na acupuntura?” (Saks, 2005a, p. 54).

Por último falemos do termo “medicina integrativa”. O crescente uso de práticas de saúde alternativas e a pressão política contribuíram para que estas ditas práticas não convencionais fossem cada vez mais incluídas nos cuidados médicos convencionais e na educação médica (Hsiao et al., 2006), levando ao surgimento de novas designações, particularmente o termo “medicina integrativa” (MI). A designação “integrativa” emergiu de um desenvolvimento ascendente de atividades educacionais e clínicas nos EUA que combinam a medicina convencional com práticas de cura não convencionais e se denominam a si próprias como “medicina integrativa” (CAMbrella, 2012e). O Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine (CAHCIM)<sup>40</sup> define Medicina Integrativa como “a prática da medicina que reafirma a importância da relação entre médico e paciente, concentra-se em toda a medicina, é informada por evidências e faz uso de todos os métodos adequados, abordagens terapêuticas, profissionais de saúde e disciplinas para alcançar a saúde e a cura ideais”. A medicina integrativa é uma construção essencialmente biomédica (Baer, 2008), que pretende, seja pelos profissionais biomédicos ou pelos profissionais das práticas de saúde não convencionais, reunir o melhor da biomedicina e da medicina não convencional. A discussão da denominação de

---

<sup>40</sup> Definição apresentada por esta organização no seu site oficial: <https://imconsortium.org/about/introduction/>



MI tem se centrado essencialmente na questão de se este termo define ou não uma nova abordagem médica, isto é, se o termo MI não é só mais uma designação entre muitas outras, incluindo as que já foram mencionadas nesta dissertação de tese, para designar as ditas práticas de saúde ditas ora alternativas, ora complementares, ora holísticas, ora naturais. Como é possível constatar através da definição exposta, este termo primazia as modalidades terapêuticas baseadas em evidências (Chapman-Smith 2000; Jonas 1998; Best & Glik 2000 cit. por Kelner & Wellman, 2003). Walach alega que o MI não significa a mudança da medicina convencional, mas sim a domesticação da MAC (2010 cit. por Holmberg et al., 2012), argumentando que a integração não é conceitual mas fundamentada em uma compreensão limitada do conceito de evidência. Walach defende que a verdadeira mudança só acontecerá se estas práticas de saúde continuarem a ser entendidas como “a outra” relativamente à medicina convencional (2010 cit. por Holmberg et al., 2012 ).

Para Baer (2008) a situação vivida pela biomedicina na sociedade australiana é mais um exemplo de como a biomedicina nas sociedades desenvolvidas através da dita medicina integrativa desenvolveu um processo de cooptação destas práticas de cura não convencionais. O desenvolvimento da medicina integrativa por parte dos médicos e enfermeiros biomédicos australianos constitui uma manifestação da cooptação destas modalidades terapêuticas não convencionais (Baer, 2008).

Coulter e Willis (2007) empregando o conceito de incomensurabilidade de paradigmas defendem que o uso do termo "integrativo" pode de forma simbólica não ser mais que a aquisição por parte da medicina convencional destas práticas de cura alternativas. O caso da homeopatia demonstra segundo os autores, essa incomensurabilidade de paradigmas teóricos. A diluição de uma substância terapêutica é compreendida pelos dois paradigmas terapêuticos de forma incompatível. Ao contrário do que sucede no paradigma alopático tradicional, designado atualmente como medicina científica ocidental convencional, em que diluir uma substância terapêutica enfraquece sua potência, no paradigma homeopático a diluição aumenta sua potência (Coulter & Willis, 2007).

Stone e Katz (2005) por sua vez referem que os praticantes destas práticas de saúde têm motivo de preocupação na medida que a integração pode vir a significar incorporação por parte da medicina convencional.

Por fim podemos concluir por um lado que o uso do termo medicina integrativa apesar de estar evoluindo, seu conceito continua impreciso, sendo um termo usado por vezes de forma intercambiável com o termo medicina complementar e alternativa (Hu, 2015; Bell, 2009) apesar do seu significado diferente e por outro que este termo é muito revelador ao demonstrar que estas práticas de cura não são uma moda passageira, “representando a realização política final de que não desaparecerão e que as ditas “boas práticas” (ou seja, aquelas que provaram funcionar e têm um risco/benefício aceitável) se tornarão parte da 'boa' medicina” (Stone & Katz, 2005, p.49).

Respondendo à questão realizada inicialmente podemos dizer que as mudanças ao longo da história da terminologia destas modalidades terapêuticas não convencionais, de “marginais”, a “charlatãs” a “alternativas”, “complementares” e “integrativas” revelam uma reposição social e política e até mesmo económica destas práticas de saúde, assim como uma transformação no discurso e prática dos profissionais e comunidade leiga, política e científica. O debate sobre a terminologia destas práticas de saúde, tanto na comunidade científica quanto na esfera pública, revela que esta é uma questão politizada centrada não só nos interesses dos vários intervenientes, mas também tal como refere Holmberg et al. (2012, p.2) na “visão e compreensão do que deve ser a prestação de cuidados de saúde”.

Face à análise realizada à terminologia destas práticas de cura, podemos concluir que dificilmente será determinada uma denominação com uma definição e uma significação que compreenda com precisão todas as terapias e intervenções não convencionais devido essencialmente se tratar de um processo histórico dinâmico e complexo.

É de salientar que se optou por não escolher um termo em particular para designar estas práticas de saúde precedentemente à análise da terminologia. Face a essa mesma análise optou-se por usar os termos Medicina Complementar e Alternativa (MCA) ou Medicina Alternativa e Complementar (MAC), no singular ou no plural dependendo do contexto, nesta dissertação. Esta opção deve-se a este termo continuar a ser o mais usado na literatura científica nos países anglo-saxónicos, e de constatarmos que as últimas dissertações de doutoramento realizadas sobre a temática em Portugal também o

elegeram<sup>41</sup>. Desta forma parece-nos que este termo ao ser aparentemente usualmente o mais utilizado transmite sem qualquer ambiguidade quais as práticas de saúde às quais nos referimos.

Para além disso nesta dissertação vamos abster-nos de estabelecer a distinção entre as designações “medicinas” e “terapias” usando um e outro termo de forma indiscriminada para denominar as práticas de saúde objeto de estudo neste trabalho. No que se refere à questão do uso do plural ou do singular para designar estas práticas optaremos pelo uso do plural ou do singular dependendo do contexto apesar de privilegiarmos, no entanto, o plural pelas mesmas razões que Pegado (2017). A diversidade de terapias, com diferentes tradições terapêuticas, com bases filosóficas e científicas muitas vezes bastante distintas, que o termo Medicinas Complementares e Alternativas contempla (Cant & Sharma, 1996a, 1999; Kelner & Wellman, 2000; Pegado, 2017), ao contrário da medicina convencional que se apresenta como um sistema unificado de teorias e práticas de cura baseado no mesmo paradigma (Pegado, 2017), leva-nos a privilegiar a categoria gramatical plural.

---

<sup>41</sup> Pegado, E. (2017). O recurso às medicinas complementares e alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas, Lisboa: ISCTE/IUL – Instituto Universitário de Lisboa (tese de doutoramento); Franco, Luísa (2010), O Processo de Institucionalização das Medicinas Alternativas e Complementares. O Caso da Acupunctura em Portugal, Lisboa, Tese de Doutoramento em Sociologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.

### **1.3 O que distingue as Medicinas Alternativas e Complementares da Medicina Científica Ocidental**

A distinção entre a medicina ocidental ou a chamada biomedicina e as medicinas alternativas e complementares tem sido tema de discussão de vários artigos científicos, levantando questões não só epistemológicas, metodológicas e terapêuticas mas também políticas, sociais, económicas e profissionais na medida que tal discussão é revestida muitas vezes de ampla crítica tanto por parte dos adeptos ou defensores das medicinas alternativas e complementares como pelos adeptos e defensores da biomedicina. Muitos são os artigos dos investigadores sociais - que presentemente numa atitude de crítica contra um sistema de saúde institucionalizado em que a biomedicina ocupa uma posição dominante se manifestam por vezes como acérrimos defensores das MAC - impregnados de crítica velada à medicina ocidental que desvalorizam os feitos desta e reconhecem as qualidades terapêuticas das medicinas alternativas e complementares. É nosso objetivo, no entanto, apresentar de forma imparcial e objetiva, sem tomar a defesa quer da biomedicina quer das medicinas alternativas e complementares, alguns elementos caracterizadores de um e outro paradigma terapêutico, identificados por vários autores como fatores de distinção. Isto se podemos falar de dois paradigmas terapêuticos uma vez que as medicinas alternativas e complementares são compostas não por um único sistema terapêutico homogéneo, mas por vários.

A distinção entre a biomedicina e as medicinas alternativas e complementares tem sido compreendida, por alguns autores (Coulter, 2003; Pegado, 2017; Coulter & Willis, 2007; Scott, 1998; Kelner & Wellman, 2000) no contexto do conceito de paradigma proposto por Thomas Kuhn (1970), defendendo que existe uma incomensurabilidade de paradigmas entre a biomedicina e as medicinas alternativas e complementares.

A biomedicina, - termo que passaremos a utilizar na medida que este nos parece o que melhor caracteriza a oposição que existe entre estes dois diferentes sistemas terapêuticos, - ao aplicar o método científico na área da saúde, ao compartilhar diversas especialidades científicas na medicina, ao utilizar toda uma avançada tecnologia para examinar os processos bioquímicos do corpo humano descobrindo como funciona a estrutura molecular, quais as reações químicas do metabolismo de biomoléculas, os biopolímeros e elementos celulares e virais tais como proteínas (proteômica), enzimas (enzimologia), carboidratos, lipídios, entre outros (Lehninger et al., 2007; Voet, D. & Voet, 2008; Stryer et al., 2004), ao responder

eficazmente no tratamento de doenças infecciosas traumáticas e cirúrgicas e desenvolver toda uma gama de medicamentos, possibilitou sem qualquer dúvida a maior esperança média de vida das populações, um feito que não pode ser esquecido ou mesmo desvalorizado.

Contudo nas últimas décadas no mundo ocidental tem se verificado um aumento na procura das medicinas alternativas e complementares apesar de todo o progresso tecnológico e científico da biomedicina.

O paradigma da biomedicina e o paradigma das medicinas alternativas e complementares são distintos não só no seu diagnóstico, intervenção e prática mas sobretudo na sua metafísica, no conhecimento epistemológico sobre saúde, doença e corpo, na qual assenta essa mesma intervenção prática apresentando em termos sociológicos a dita incomensurabilidade de paradigmas.

Salientamos que não pretendemos fazer uma descrição minuciosa das diferenças entre a biomedicina e as medicinas alternativas e complementares pelo que apenas nos debruçaremos sobre aquelas que nos parecem mais significativas.

Primeiramente nos dedicaremos aos conceitos de corpo, saúde e doença propostos pelos dois diferentes paradigmas, pois parecem-nos fundamentais para compreender o que distingue estes dois paradigmas.

### ***O conceito de corpo na biomedicina e nas medicinas alternativas e complementares***

O corpo humano na biomedicina é percebido segundo três proposições características do seu paradigma vigente:

*“o carácter generalista – propõe modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais; carácter mecanicista – o universo é visto como uma gigantesca máquina, subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos; e por último carácter analítico – a abordagem teórica e experimental adotada para elucidação das “leis gerais” de funcionamento da Máquina universal pressupõe o isolamento de partes, tendo como pressuposto que o funcionamento do todo é necessariamente dado pela soma das partes”* (Camargo, 1997, pp. 47 – 48).

O corpo humano é deste modo visto como uma máquina composta por diversas partes com diferentes funções, regido por leis gerais, leis biológicas que são generalizáveis de pessoa para pessoa.

O corpo é visto e tratado como dividido em sistemas ou partes que no conjunto constituem o todo. Estes sistemas (ou partes) deram origem às diversas especializações médicas. Esta concepção de corpo que assenta na dicotomia corpo-mente ou corpo-alma, não valoriza o corpo do ser humano como corpo com uma história, com os seus direitos e deveres; não considera o humano “*nas relações com o outro com o mundo e consigo próprio*” (Polak, 1996, p.61). O corpo é, então, compreendido mecanicamente como um objeto ou um mecanismo bioquímico.

A biomedicina presentemente através de uma tecnologia nunca antes imaginável designadamente aparelhos sofisticados de diagnóstico e monitorização como tomografia computadorizada, fibropáticos e monitoramento cardíaco 24 horas, pode penetrar, avaliar e controlar o corpo de formas antes impossíveis, tornando, no entanto o corpo cada vez mais fragmentado (e contribuindo para a sua superespecialização), mais alienado e despersonalizado (Fadlon, 2004, pp.81-82). Como Foucault (1973; 1980 cit. por Ning, 2018, p. 5) refere “em parte como um produto da metáfora da máquina e da busca pelo domínio, o modelo biomédico conceitua o corpo como o objeto apropriado de controle, enfatizando a responsabilidade do indivíduo de exercer esse controle para manter ou restaurar a saúde”.

O uso de sofisticada tecnologia e de métodos científicos que eliminaram muitas das conjecturas e das incertezas da medicina, proporcionando mais precisão e controle sobre o corpo, é visto por alguns como benéfico na medida que significou sucesso e progresso da medicina ocidental (Linde & Jonas, 1999) e por outros negativamente como uma forma de controle biomédico (Fadlon, 2004; Ning, 2018).

Nas medicinas alternativas e complementares por sua vez a concepção de corpo é compreendida segundo as seguintes proposições metafísicas (Coulter, 2003, pp.111-112):

Holismo - O holismo, contrariamente ao reducionismo da biomedicina, postula a integração equilibrada de todos os aspetos e níveis do ser: corpo, mente e espírito, incluindo as relações interpessoais e nossas relações com toda a natureza e nosso ambiente físico. “O holismo sustenta que o todo é diferente e maior do que a soma das partes”.

Vitalismo - O vitalismo, em oposição ao materialismo, defende “que todos os organismos vivos são sustentados por uma força vital que é diferente e maior que as forças físicas e químicas. Na forma extrema, a força vital é sobrenatural. Uma forma menos extrema é simplesmente *vil medicatrix naturae* (o poder de cura da natureza)”. (...) “Nas MAC, existem inúmeras maneiras de expressar este Vitalismo (qi, força vital, yin / yang, prana, inteligência universal, inato, etc.)”.

Naturalismo – As medicinas alternativas e complementares instituem que o “... corpo é construído sob a ordem da natureza; tem capacidade natural de se curar; que isso é, portanto, reforçado pelo uso de remédios naturais; que não deve ser adulterado desnecessariamente por meio do uso de drogas ou cirurgia; e que devemos buscar a cura na natureza”.

Humanismo – As medicinas alternativas e complementares na medida que valorizam os aspectos pessoais, sociais e espirituais do ser humano, têm uma grande preocupação com os procedimentos desumanizadores e as instituições desumanizadas que foram criadas para cuidar dos enfermos, assim como com a natureza desumanizada da tecnologia médica.

Podemos então concluir que as medicinas alternativas e complementares definem o corpo conceptualmente de forma completamente oposta à biomedicina. O corpo é definido como desmaterializado, como energia, força vital, chakras, auras, etc. (Fadlon, 2004).

### **As concepções de doença e saúde na biomedicina e nas medicinas alternativas e complementares**

No paradigma biomédico a doença é compreendida de forma reducionista, materialista e mecanicista. As doenças são, então, compreendidas como “objetos com existência autónoma traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam por sua vez decorrência de uma cadeia de eventos desencadeados a partir de uma causa ou causas múltiplas” (Camargo, 1997, p.50). As causas da doença encontram-se deste modo na estrutura biológica do paciente (Davidoff, 1998 cit. por Coulter, 2003; Stone & Katz, 2005). As explicações das causas da doença são de natureza física apresentando-se biologicamente reducionistas.

A doença, numa perspectiva mecanicista em que o corpo humano representaria metaforicamente uma máquina, resultaria do mau funcionamento de algum componente mecânico, sendo desse modo necessário reparar esse componente mecânico ou órgão de forma isolada das restantes partes da máquina ou corpo. Tal visão mecanicista, assim como materialista tem sido motivo de crítica, levando por um lado, tal como refere Ning (2018, p 5.), a que o médico individualize o tratamento e justifique como intervenção médica a substituição de peças que não funcionam através de transplantes de órgãos ou articulações artificiais, e por outro lado a que o médico constrói-a a doença sem legitimar o sofrimento do doente (Kleinman, 1993). Para o médico apenas interessa para a sua intervenção os dados objetivos que são baseados em medidas verificáveis, as queixas subjetivas do paciente não são valorizadas na medida que não passam de experiências subjetivas do paciente (Kleinman, 1993). O médico na sua intervenção se centra nos sintomas, mas apenas nos sintomas físicos sendo os sintomas emocionais irrelevantes (Stone & Katz, 2005).

A saúde por sua vez é deste modo definida no paradigma biomédico basicamente como ausência de doença (Camargo, 1997; Coulter, 2003; Stone & Katz, 2005).

A conceptualização diferente de saúde e doença nas medicinas alternativas e complementares e na biomedicina resulta que a prática terapêutica destas duas diferentes modalidades médicas seja também diferente senão mesmo completamente oposta.

Nas medicinas alternativas e complementares a doença, definida como o sintoma externo do indivíduo, é resultado de um estado de desequilíbrio da energia (esta pode ser designada por outros termos designadamente qi, força vital, yin-yang, prana, inteligência universal, entre outros) que dá vida ao corpo humano, sendo objetivo destas, então, “descobrir o padrão original de desequilíbrio” (Yediot Aharonot [jornal diário de Israel], 12 de julho de 2000 cit. por Fadlon, 2004, p.77). A doença e a saúde para a maior parte das medicinas alternativas e complementares teriam deste modo origem no próprio corpo e não em causas externas como os germes (Coulter, 2003). A doença resultaria de fatores predisponentes do indivíduo, no caso dos germes por exemplo, o indivíduo seria afetado por estes devido a uma resistência reduzida do organismo humano para combater os germes que por si só não poderiam causar a doença (Coulter, 2003). Nas medicinas alternativas e complementares a saúde, vista numa perspectiva holística, não é ao contrário da biomedicina vista como ausência de doença, mas envolve antes o máximo potencial que um paciente pode atingir, sendo a saúde assim expressão de fatores biológicos, sócio-



psicológicos e espirituais (Coulter, 2003). A tendência inata do corpo é auto curar-se uma vez que a saúde é o seu estado natural (Coulter, 2003, p.112). As medicinas alternativas e complementares tem deste modo como finalidade cuidar de toda a pessoa, otimizar a hemóstase do corpo e não só tratar os sintomas, tendo o profissional das medicinas alternativas e complementares apenas um papel de facilitador e de educador, ou seja, o terapeuta deve promover que o corpo se auto cure (Coulter, 2003).

Face ao exposto podemos concluir que a “...medicina ocidental tem por objeto a doença (através da identificação das patologias) e por objetivo o combate e a eliminação das doenças” e as medicinas alternativas e complementares “têm como objeto o sujeito desequilibrado (“doente”) e por objetivo o restabelecimento de sua saúde, ou mesmo sua ampliação” (Luz, 2011, p. 159).

Ao analisarmos estas diferentes perspetivas teóricas não podemos deixar de refletir que apesar da importância que cada uma delas tem para a compreensão destes conceitos dentro destes dois paradigmas terapêuticos não podem ser entendidas isoladamente e como significando hipóteses únicas verdadeiras, mas antes como mais um contributo para o desenvolvimento de um conhecimento em constante evolução.

Os autores sociais por vezes de forma reducionista enumeram todo um leque de críticas a um ou a outro paradigma. Também neste caso os conceitos de corpo, saúde e doença do paradigma da biomedicina e do paradigma da medicina alternativa e complementar não deixam de estar impregnados de impressões pessoais, profissionais e teóricas dos próprios autores sociais que construíram estas conceções. Estas conceções são construídas de acordo com um processo teórico e simultaneamente pessoal complexo na medida que os autores sociais enquanto indivíduos com histórias de vida pessoais, com percursos académicos e profissionais próprios, adeptos de ideologias e filosofias próprias, inseridos num contexto sociocultural determinado, não deixam de alguma forma de refletir esta carga pessoal no processo de construção teórica dos artigos científicos.

### **A aplicação de métodos científicos na biomedicina**

Uma das principais diferenças entre a biomedicina e as medicinas alternativas e complementares é a aplicação de métodos científicos por parte da biomedicina. O uso de métodos científicos por parte da medicina ocidental permitiu antes de tudo a possibilidade

de argumentar que as suas intervenções terapêuticas e tratamentos apresentam evidências sólidas de eficácia e segurança. A biomedicina se apresenta como cientificamente comprovada e desta forma a única que apresenta evidências sólidas de segurança e eficácia. Este é, então, um dos principais argumentos de alguns investigadores da tese de incomensurabilidade de paradigmas. A eficácia dá-se quando existe "... uma relação mecânica de causa e efeito entre uma intervenção genuína isolada e um resultado biológico/fisiológico específico" (Lyon, 1990 cit. por Kaptchuk et al., 2001, p. 39). A avaliação da eficácia é realizada através do ensaio clínico randomizado controlado, método considerado «padrão-ouro» para a avaliação de tratamentos (Kelner & Wellman, 2000; Willis & White, 2003) e que serve como referência para a tomada de decisão dos médicos e profissionais de saúde ao possibilitar evidências sobre a eficácia desses mesmos tratamentos. Isto é o que se designa de medicina baseada em evidência. Esta é definida como "o uso de evidências de pesquisas publicadas atualizadas para orientar as decisões no atendimento ao paciente" (Jonas et al., 1999, p.73) ou "o uso consciente e criterioso das melhores evidências atuais na tomada de decisões sobre o cuidado de pacientes individuais" (Kayne, 2009, p.126). Após constatada a eficácia é necessário verificar "...se a intervenção é segura ou qual o potencial prejuízo envolvido, isto é, qual a relação entre risco e benefício" (Resch & Ernst, 2001, p.18). Face a isto colocam-se duas questões: As medicinas alternativas e complementares, que abrangem um leque diversificado de diferentes modalidades terapêuticas, tais como a acupuntura, a aromaterapia, a ayurveda, a cromoterapia, a quiropraxia ou o tratamento espiritual, têm ou não eficácia ou não passam de mero efeito placebo?; As medicinas alternativas e complementares devem demonstrar evidências sólidas de segurança e eficácia antes de serem regulamentadas e financiadas pelos governos?. Pode-se afirmar que estas questões são feitas a partir da abordagem biomédica, que estão implícitos os preceitos da própria biomedicina ou como refere Barry (2006) esta exigência da biomedicina para que as medicinas alternativas e complementares revelem evidências de eficácia por meio do ensaio clínico randomizado é, em parte, política e tem como finalidade o controle da ameaça representada pela medicina alternativa à hegemonia da biomedicina. Contudo apesar de todas as análises críticas argumentativas relativamente à exigência de evidências de segurança e eficácia nas medicinas alternativas e complementares não é possível deixar de reconhecer que a segurança e a saúde (seja esta definida numa abordagem biomédica ou das medicinas alternativas e complementares) do doente deve à partida ser o objetivo de todas as práticas de saúde sejam estas da biomedicina ou das

medicinas alternativas e complementares. Deste modo constatar se uma modalidade terapêutica apresenta evidências sólidas de segurança e eficácia é um objetivo tanto da biomedicina como das medicinas alternativas e complementares, independentemente da existência de outros motivos ou interesses políticos, económicos e profissionais subjacentes a prior nestas questões. Esta tem sido, então, uma temática que tem merecido o interesse de muitos investigadores sociais, tendo-se constatado, tal como Kelner e Wellman (2003), na análise da bibliografia relativa à temática, por um lado acérrimos defensores da aplicação do ensaio clínico randomizado às medicinas alternativas e complementares e por outro lado defensores, não menos fervorosos, da aplicação de outras metodologias, nomeadamente qualitativas às medicinas alternativas e complementares argumentando que o carácter individualista e holístico assim o requer.

Segundo Kelner e Wellman subjacente a estas duas posições antagónicas estão duas perspetivas diferentes:

➤ A perspetiva da biomedicina

*A perspetiva da biomedicina “...defende que a ciência deve ser objetiva e baseada em critérios quantificáveis universalistas, racionalidade e ceticismo. Os defensores da visão biomédica exigem testes científicos rigorosos para estabelecer se as medicinas alternativas e complementares são eficazes e seguras. Eles argumentam que as regras básicas para a medicina baseada em evidências já foram estabelecidas e que os provedores das medicinas alternativas e complementares terão de aceitar essas regras. Eles acreditam que a única maneira de demonstrar de forma convincente a eficácia específica da MAC (ou seja, a eficácia além do tratamento com placebo) é confiar em evidências de ensaios clínicos randomizados controlados (Vickers et al. 1997; Ernst 2000). Usar esta estratégia de pesquisa, afirmam eles, é a forma de estabelecer com o maior grau de probabilidade se um efeito observado pode ser ligado causalmente a uma intervenção específica. De facto, alguns defensores desse ponto de vista argumentaram que não há medicina alternativa. Só existe medicina cientificamente comprovada e baseada em evidências, apoiada por dados sólidos, ou medicina não comprovada, para a qual faltam evidências científicas” (Fontanarosa e Lundberg 1998)” (cit. por Kelner & Wellman, 2003, pp.15 -16).*

➤ A perspetiva das medicinas alternativas e complementares

*A perspetiva das medicinas alternativas e complementares “baseia-se na crença de que existem diferentes maneiras de conhecer a realidade, uma variedade de métodos válidos*

*para verificar pesquisas e que os valores humanísticos e espirituais influenciam a saúde (Goldstein,1999; Astin 1998; O'Connor 2000) (...) Para algumas terapias MAC, no entanto, reunir evidências usando o ensaio clínico randomizado é difícil e até inapropriado. (...) Outra dificuldade reside na natureza individualizada e holística do tratamento MAC, que costuma ser adaptado para um paciente específico, em vez de padronizado para uma condição particular. (Pietroni 1991; Kelner e Wellman 2000; Nahin e Straus 2001)” (cit. por Kelner & Wellman, 2003, pp.15-17).*

### Perspetiva da biomedicina

Resch & Ernst (2001) referem que as medicinas alternativas e complementares devem ser avaliadas cumprindo todos os requisitos da metodologia da biomedicina, uma vez que apenas os estudos aleatórios controlados podem obter resultados relativos à prova da causalidade.

Edzard Ernst (2004) em 1993 estabeleceu um grupo de pesquisa em Medicina Complementar na Universidade de Exeter, na Inglaterra, que realizou numerosas revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados sobre práticas específicas das medicinas alternativas e complementares, tendo estas pesquisas demonstrado que muitas práticas das medicinas alternativas e complementares apresentam “evidências”. Ernst (2004, p.35) afirma, então, que apenas as práticas da medicina alternativa e complementar em que a eficácia e os baixos efeitos colaterais poderem ser comprovados com dados concretos sobreviverão na prática clínica. Ernst (2004, p.35) afirma mesmo que a medicina alternativa e complementar baseada em evidências não é uma contradição, mas uma oportunidade.

Willis e White (2003), apesar de reconhecerem que existem vantagens e desvantagens no uso da medicina baseada nas evidências para as medicinas alternativas e complementares, defendem que devem ser aplicados às medicinas alternativas e complementares os ensaios clínicos randomizados, sendo tal vital para a sua futura legitimidade político-jurídica.

Vickers (1999) por sua vez refere que existe um número substancial de ensaios clínicos randomizados nas medicinas alternativas e complementares ao contrário do que se crê, que apresentam evidências consideráveis que permitem tomar a decisão sobre se deve consultar ou não um praticante das medicinas alternativas e complementares, sendo

a Colaboração Cochrane em Medicina Alternativa e Complementar prova disso ao listar um número considerável de ensaios clínicos randomizados.

Para Fontanarosa e Lundberg (1998) tanto a biomedicina como as medicinas alternativas e complementares devem reger-se por princípios científicos, utilizando métodos rigorosos para avaliação das evidências científicas. As medicinas alternativas e complementares “que não mostrarem benefícios (além do possível efeito placebo) ou que causem danos devem ser abandonadas imediatamente” (1998, p. 1619). Para os autores as decisões relativas à integração e financiamento das medicinas alternativas e complementares realizadas por “médicos, planos de seguro, centros médicos e hospitais, organizações de assistência gerenciada e formuladores de políticas governamentais” devem ser tomadas tendo em atenção as pesquisas baseadas em evidências e análises objetivas de custo-benefício e não “... os interesse do consumidor, a demanda do mercado ou da concorrência, relatórios não científicos bem divulgados ou pressões políticas de grupos de interesse bem organizados e influentes” (1998, p. 1619).

Por fim falemos de Angell e Kassirer (1998) que referem de forma muito explícita e acérrima que o que distingue a biomedicina e as medicinas alternativas e complementares é o facto das medicinas alternativas e complementares não apresentarem evidências rigorosas de segurança e eficácia, ou seja, não terem sido comprovadas cientificamente, e os seus defensores negarem a necessidade da aplicação de métodos científicos para as comprovar uma vez que segundo estes tais métodos não são aplicáveis a estas práticas de saúde. Para Angell e Kassirer (1998) não existem “duas medicinas”, só existe uma medicina que foi cientificamente comprovada, apresentando evidências de eficácia e segurança, sendo deste modo necessário que os tratamentos alternativos sejam “submetidos a testes científicos não menos rigorosos do que os exigidos para os tratamentos convencionais” (Angell & Kassirer, 1998, p.841).

### Perspetiva das medicinas alternativas e complementares

Barry (2006) ao mesmo tempo que realiza uma análise crítica à noção de “evidências” científicas, fazendo uma série de críticas à forma como este conceito se reveste no seio da biomedicina, propõe uma noção de “evidências” para legitimar as medicinas alternativas e complementares diferente, construída a partir da disciplina de antropologia. Para a autora pedidos de evidências através de ensaios clínicos

randomizados "padrão de ouro", tanto por instituições biomédicas quanto políticas, para legitimar a integração da medicina alternativa nos sistemas de saúde, podem ser interpretados como profundamente políticos. Segundo a autora (2006, p.2647) a exigência de evidências de eficácia através do ensaio clínico randomizado, feita tanto por instituições biomédicas como por instituições políticas, às medicinas alternativas e complementares, tem dois motivos: por um lado "...garantir que a medicina alternativa e complementar "funciona" antes de fornecê-la em um serviço com financiamento público"; e por outro lado um motivo político e se refere "à agenda de controle da ameaça representada pela medicina alternativa à hegemonia de longa data da biomedicina no Ocidente". Outra crítica feita pela autora está relacionada com o facto de a evidência de eficácia nas medicinas alternativas e complementares não poder ser avaliada através de ensaios clínicos randomizados. Isto porque ao contrário do que sucede na biomedicina em que a evidência de eficácia é compreendida no âmbito de um sistema terapêutico em que existe uma separação entre o doente, os profissionais que prestam o tratamento e o ambiente em que o tratamento é fornecido, nas medicinas alternativas e complementares tal separação não existe sendo na maioria destas terapêuticas a evidência de eficácia ter que ser concebida no âmbito de um sistema energético que compreende holisticamente o paciente, o remédio, o curador e o ambiente. Barry (2006) defende que a construção de novas noções de evidência nas medicinas alternativas e complementares, nomeadamente através dos conceitos antropológicos de evidências que se encontram muito mais próximos da filosofia das medicinas alternativas e complementares, pode ser usada para legitimar estas práticas. A autora na pesquisa etnográfica que desenvolveu demonstra que "(...) a eficácia de uma terapia, na perspectiva dos terapeutas e dos pacientes, estava imbricada no desenvolvimento, ao longo do tempo, de todo um conjunto de novas crenças sobre a saúde, a doença e o corpo e sobre a natureza do processo de cura" (Barry, 2006, p. 2654). A evidência etnográfica de "o que funciona" na medicina alternativa e complementar inclui deste modo "conceitos como transcendente e experiências transformacionais; mudança da experiência corporal vivida; e a obtenção de significado" no quadro dos ensaios clínicos.

Broom e Tovey (2007) de forma mais moderada e com base num estudo realizado a doentes com câncer, afirmam que a produção de uma base de evidências de acordo com os métodos biomédicos para as medicinas alternativas e complementares pode não ter uma influência significativa nas decisões dos doentes com câncer e nas visualizações das

medicinas alternativas e complementares. Os autores defendem então que a política deve ter em atenção os processos pessoais e sociais que envolvem a tomada de decisão dos doentes com câncer, designadamente as suas próprias noções de 'evidência' e 'eficácia'.

Para Kayne (2009) os ensaios clínicos randomizados, ao contrário do que é defendido pelos autores que se inserem na perspetiva biomédica, não são um padrão de ouro apresentando problemas na aplicação da sua metodologia em algumas das medicinas alternativas e complementares. O autor refere que em terapias tais como massagens, acupuntura ou meditação é difícil não só projetar um placebo adequado como também criar o cegamento do doente e do praticante. Para Kayne (2009) as medicinas alternativas e complementares devem reconhecer que a medicina baseada em evidências é uma mais valia para a sua prática, no entanto, apenas deve ser aplicada naquelas práticas em que tais métodos são adequados.

Segundo Kelner e Wellman (2000, p. 10) os ensaios clínicos randomizados não são adequados para avaliar as medicinas alternativas e complementares devido estas apresentarem uma abordagem holística do tratamento e requererem desse modo uma metodologia que seja mais holística e que compreenda elementos do processo de cura, tais como “o papel dos doentes, o impacto da relação terapêutica e os aspetos não técnicos do tratamento”. Para além disso Kelner e Wellman (2000) afirmam que os ensaios clínicos randomizados apresentam dificuldades económicas e políticas. Os ensaios clínicos randomizados são um método caro tornando desse modo difícil a sua aplicação às medicinas alternativas e complementares, sendo normalmente financiados por empresas farmacêuticas que pensam recuperar o investimento realizado quando o medicamento for comercializado. O poder da profissão médica pode impedir que as medicinas alternativas e complementares encontrem novos métodos de avaliação da evidência de eficácia exigindo a aplicação dos ensaios clínicos randomizados. Kelner e Wellman (2000) apresentam, então, alguns exemplos de outras metodologias de pesquisa que se enquadram com a abordagem holística das medicinas alternativas e complementares, propostos por outros estudiosos (Glik, 1993; Canter & Nanke, 1993; Black, 1996; Aldridge, 1993; Moss, 1992; Levin et al., 1997; Cant & Sharma, 1996): a pesquisa biológica básica, a avaliação de longo prazo, a investigação cooperativa, o desenho de estudo de caso único, os estudos de resultados, e por último a análise de custo-benefício. Contudo os novos métodos de avaliação devem possibilitar padrões rigorosos

e revisão por pares, nomeadamente os resultados devem apresentar validade e confiabilidade.

Por último apresentamos a análise crítica sobre a questão da eficácia elaborada por Adams (2002) relativamente à medicina tibetana, em que revela a inaplicabilidade das “regras do jogo” da comprovação da eficácia da biomedicina.

Primeira regra - as categorias diagnósticas são universais, ou seja “ (...) presume-se que em ensaios clínicos o conhecimento que está sendo usado e a base empírica para esse conhecimento são compartilhados culturalmente”. Tal não é verdade como é verificável entre a biomedicina e a medicina tibetana. Normalmente não existe uma correspondência direta entre as doenças biomédicas e as doenças da medicina tibetana e o que é chamado de “sintoma” em um sistema pode ser chamado de “doença” no outro e vice-versa. Está-se segundo a autora perante um problema de epistemologia. Para além disso as técnicas médicas tibetanas de diagnóstico e suas explicações para diagnósticos são consideradas não ( ou pré) científicas e como tal sem legitimidade para apresentar categorias diagnósticas válidas o que leva a que os resultados em ensaios clínicos randomizados controlados quase sempre tenham subjacente os distúrbios designados pela biomedicina, resultando por sua vez numa desorganização da abordagem tibetana, ao abalar a lógica de sua etiologia e recursos de tratamento, e promover resultados estatisticamente não bem-sucedidos (Adams, 2002, pp. 670-671; Pegado, 2017, pp. 52-53).

Segunda regra - as evidências são incontestáveis, ou seja, os ensaios clínicos aleatórios, desde que adequadamente desenhados, produzem resultados confiáveis e incontestáveis. A autora afirma, no entanto, que tal não sucede pois apesar de tanto a medicina tibetana e a biomedicina fazerem uso de evidência empírica para fazer afirmações sobre eficácia e de ambas por vezes usarem os mesmos instrumentos de diagnóstico como acontece no caso dos resultados de pesquisa, cada tradição pode “ler” os dados empíricos de forma diferente (Adams, 2002, p. 672).

Terceira regra – os tratamentos podem ser reduzidos a listas de ingredientes ativos isoláveis que podem ser avaliados individualmente quanto à sua eficácia. Os ensaios clínicos randomizados limitam o número de medicamentos e ingredientes que podem ser testados em testes clínicos (Adams, 2002, p. 673).



Podemos, portanto, concluir que estes dois paradigmas com diferentes práticas terapêuticas, diferentes metafísicas, diferentes epidemiologias constituem um pluralismo médico no mundo ocidental contemporâneo. Este pluralismo médico numa dialética conflituosa com as suas múltiplas representações simbólicas do corpo, da saúde e da doença permeia as sociedades ocidentais, e num jogo de interesses económicos, políticos e profissionais, onde por vezes ganham uns com suas estratégias de poder por vezes ganham outros, permanece ao longo do tempo.

#### **1.4 Como são representadas atualmente as Medicinas Alternativas e Complementares conceptualmente na sua relação com a biomedicina**

A crescente legitimidade clínica das Medicinas Complementares e Alternativas (MCA) a nível internacional, designadamente o aumento da prática das MCA em clínicas privadas, em hospitais públicos, o exercício profissional das MCA por médicos e enfermeiros, e a sua inclusão em cursos universitários, assim como a própria legitimidade político-legal que algumas destas práticas conseguiram nalguns países, leva-nos a afirmar que as Medicinas Complementares e Alternativas não são uma moda passageira, mas sim práticas de saúde que se estão pouco a pouco, pelo menos algumas delas, a institucionalizar e a cristalizar numa sociedade global em constante mudança social, económica, política e religiosa.

Muitos são os cientistas sociais que têm tentado compreender o estado atual das Medicinas Complementares e Alternativas nas sociedades contemporâneas, explicando este complexo fenómeno social através de diferentes conceitos teóricos e perspetivas históricas, sociológicas e sociais. Neste tópico abordaremos alguns conceitos teóricos que tentam explicar o estado atual destas práticas de saúde nas sociedades contemporâneas. Diversos artigos científicos descrevem diferentes abordagens para explicar a forma como estas práticas de saúde se tem posicionado relativamente à medicina convencional e simultaneamente se cristalizam lentamente nas sociedades contemporâneas, utilizando para isso conceitos como pluralismo médico, hibridização, domesticação, convergência, complementaridade e integração.

Nas sociedades contemporâneas houve uma mudança substancial relativamente aos cuidados de saúde que deixaram de estar centrados na doença e passaram a ter como um dos seus principais objetivos a prevenção, a promoção da saúde e bem estar e a orientação dos cuidados de saúde centrada no paciente. Estas mudanças, principalmente a reorientação para o atendimento centrado no doente, tiveram como consequência o reconhecimento de uma alta prevalência do uso das MCA pelos pacientes (Holmberg et al., 2012). Vários estudos revelam que cada vez mais os pacientes usam as MCA, nomeadamente aqueles que dispõem de recursos financeiros para suportar os custos inerentes a essas práticas de saúde que continuam na maioria dos países a não ser comparticipadas pelo Estado. O reconhecimento de uma alta prevalência do uso das MCA por parte dos pacientes levou a que essas práticas de saúde fossem incorporadas nos sistemas de saúde biomédicos (Holmberg et al., 2012) e nos cursos de graduação de

medicina. Esta enorme evidência de popularidade das MCA levou ao ressurgimento do pluralismo médico nas sociedades ocidentais (Cant & Sharma, 1999). O pluralismo médico, não é uma novidade, sempre existiu. A medicina ortodoxa, durante décadas “garantiu uma posição de hegemonia social, económica e ideológica no mercado de saúde como resultado de seu próprio projeto profissional e com o apoio do Estado”, sofrendo um abalo com a crescente popularidade das MCA que provocou o renascimento de pluralismo médico (Cant & Sharma, 1999, p. 1). Nesse "novo" pluralismo médico as diferentes práticas de saúde não competem em condições idênticas devido a biomedicina manter o seu domínio (Cant & Sharma, 1999). O processo de atribuição de legitimidade aos diversos sistemas terapêuticos que coexistem num mesmo espaço é condicionado pela posição dominante da biomedicina (Cant & Sharma, 1999). Contudo Cant e Sharma (1999) referem que a situação pode ser diferente nos países ocidentais e nos países pós-coloniais apesar do pluralismo médico historicamente e geograficamente ser uma norma e não uma exceção. Também para Clamote (2006) o pluralismo médico não é um fenómeno específico das sociedades ocidentais, sendo antes característica de qualquer espaço social. Clamote define o pluralismo médico como “(...) uma situação estrutural de coexistência, num espaço social determinado, de práticas e conceções terapêuticas diversas, que são remetidas pelos atores sociais, bem como, em geral, pela normatividade e institucionalidade desses espaços, a uma pertença a configurações médicas diversas” (2006, p. 197).

O conceito de convergência, assim como o de medicina integrativa, implicam necessariamente a existência do pluralismo médico.

Willis (1989 cit. por Bombardieri & Easthope, 2000) tenta compreender estas complexas e estruturais inter-relações entre paradigmas de saúde – paradigma da biomedicina e o paradigma das medicinas complementares e alternativas - distintos através do conceito de convergência, que se apresenta pragmaticamente com alguma similaridade, apesar de diferente, ao de medicina integrativa. Willis (1989, p. 260), com base no conceito de convergência que define como “declínio incomensurável entre os paradigmas do conhecimento em saúde do que é geralmente chamado de" ortodoxo "e" medicina alternativa” defende que existe uma convergência crescente entre o paradigma da medicina ortodoxa e o paradigma das medicinas complementares e alternativas (cit. por Bombardieri & Easthope, 2000, p.482). Contudo Willis refere que a convergência se verifica a nível da prática clínica e não propriamente da teoria, defendendo que a

legitimidade clínica se sobrepõe à legitimidade científica, designadamente a comensurabilidade ou incomensurabilidade de paradigmas deixou de ser central para a avaliação da legitimidade político-legal '(1989, p.269 cit. por Bombardieri & Easthope, 2000, p.482) ou para o público em geral. Para o público a eficácia das práticas terapêuticas “tornou-se mais relevante do que os paradigmas subjacentes na avaliação da legitimidade de uma prática terapêutica” (Bombardieri & Easthope, 2000, p. 482). A convergência entre a medicina ortodoxa e as medicinas complementares e alternativas pode segundo Willis (1989 cit. por Bombardieri & Easthope, 2000) ser explicada através da seguinte tipologia heurística que demonstra de que forma e a que nível existe convergência:

- Fusão – A convergência neste nível seria tal como a designação indica a fusão da medicina ortodoxa e das medicinas complementares e alternativas num único sistema médico híbrido.
- Desdiferenciação - A este nível os limites e as distâncias entre os domínios da medicina ortodoxa e alternativa deixaram de ser claros e fixos, não existindo uma distinção exata do que é medicina ortodoxa e medicinas complementares e alternativas.
- Instalação de compartilhamento – A convergência neste nível verifica-se na partilha de espaços e atendimentos aos pacientes por parte de médicos ortodoxos e profissionais das medicinas complementares e alternativas, apesar de continuarem a existir dois sistemas de saúde separados.
- Relação de troca - Neste nível tal como o anterior continuamos a ter dois sistemas de saúde separados, no entanto, existem relações de troca entre os médicos ortodoxos e os profissionais das MCA.
- Incorporação – Neste nível apesar de tanto a medicina ortodoxa como as MCA manterem os seus respetivos sistemas teóricos de conhecimento identitários, e de se constatar a existência de dois sistemas de saúde distintos, verifica-se a incorporação de modalidades terapêuticas e técnicas por um e outro sistema de saúde (a medicina ortodoxa incorporou na sua prática modalidades terapêuticas das MCA e as MCA inversamente também incorporaram na sua prática técnicas da medicina ortodoxa.

No âmbito de um sistema de saúde pós-moderno focado no consumidor e oferecendo uma variedade de terapias, onde o domínio médico prevalece, a fraca

convergência revela-se o nível mais congruente, demonstrando que uma convergência forte que significaria um novo sistema de saúde unificado é altamente improvável (Bombardieri & Easthope, 2000). Willis (1989, cit. por Bombardieri & Easthope, 2000) com esta tipologia heurística defende, então, uma convergência fraca e nunca a mencionada fusão, explicando isso através de quatro indicadores:

1. *“Profissionais dessas modalidades [complementares] agora incluem, geralmente, como componentes pelo menos do seu processo de diagnóstico, técnicas comuns no tratamento médico convencional”* (Willis, 1989 cit. por Bombardieri & Easthope, 2000, p. 483);
2. *Uma crescente disposição [dos praticantes de modalidades complementares] de encaminhar pacientes nos quais foram detetadas ou suspeitas de doenças graves, para tratamento médico convencional»* (Willis, 1989 cit. por Bombardieri & Easthope, 2000, p. 483);
3. *Todas as técnicas de tratamento fornecidas por esses profissionais complementares também são fornecidas por pelo menos alguns membros da profissão médica* (Willis, 1989 cit. por Bombardieri & Easthope, 2000, p. 483).
4. *A tendência para o declínio na importância da questão da comensurabilidade ou incomensurabilidade como base para a legitimidade”* (Willis, 1989 cit. por Bombardieri & Easthope, 2000, p. 483).

Estes indicadores revelam que na prática não existe uma fusão, ou seja, um único sistema médico híbrido, mas sim uma convergência fraca. Os dois paradigmas de conhecimento de saúde coexistem separadamente, passando a biomedicina a ser uma fonte de conhecimento entre outras e a sua posição hegemônica a não ser reconhecida (Bombardieri & Easthope, 2000). A convergência pode ser entendida como um fator de pós-modernização ao requerer um pluralismo de autoridades em saúde e ao implicar um aumento da escolha e diversidade no tipo de atendimento prestado (Bombardieri & Easthope, 2000). O mercado pós-moderno apresenta como uma das suas características essenciais não só esta possibilidade de escolha e a diversidade no tipo de atendimento (Bakx, 1991; Giddens, 1991; Robertson, 1992 cit. por Bombardieri & Easthope, 2000) mas também o gerenciamento de riscos (Giddens, 1991). A avaliação de riscos das práticas de saúde tanto ortodoxas como das MCA apresenta-se deste modo também como uma característica da convergência. Neste contexto os consumidores de saúde têm como uma das suas estratégias de gerenciamento de riscos o controle de qualidade e segurança

dos serviços de saúde tanto ortodoxos como os complementares e alternativos (Bombardieri & Easthope, 2000). Isto pode levar a uma maior institucionalização das MCA, assim como a uma maior regulamentação da prática dos profissionais das MCA e da biomedicina (Bombardieri & Easthope, 2000).

Gómez (2003) argumentando que o atual sistema ocidental de saúde devido à existência de um modelo médico hegemônico não responde às necessidades de toda a população que usa diferentes modalidades terapêuticas, legalizadas ou não, apresenta o conceito de complementaridade. O autor define complementaridade como “componente do desenvolvimento do sistema de saúde” a partir de três diferentes abordagens: “complementaridade como política pública, como projeto institucional e como decisão individual do terapeuta ou do paciente” (2003, p. 635). A complementaridade é definida como a “ação de adicionar uma coisa a outra ou a outras para alcançar sua integridade e perfeição”, manifestando tal ação grande complexidade ao se referir às relações sociais e às relações entre diferentes componentes do sistema de saúde (Gómez, 2003, p.637). Os diversos atores do sistema de saúde, tais como a comunidade, os setores público e privado, universidades, organizações internacionais e organizações não-governamentais, possuem “características que podem ser fortalecidas e complementadas entre si, desde que exista um objetivo comum, idealmente construído com a participação de todos e em termos iguais e sob o princípio da igualdade de direitos”, sendo “... essencial que cada ator possa visualizar o sistema de saúde de que precisa e compartilhar as alternativas para alcançá-lo...” (Gómez, 2003, p.637).

Após expormos e analisarmos as abordagens teóricas referentes aos conceitos de convergência e complementaridade iremos abordar uma das abordagens mais comumente usada para explicar as relações entre as MCA e a biomedicina. Pelletier et al. (1999) e Trachtman (1994) referem que a premente demanda do consumidor pelas MCA e a pressão política contribuíram para o surgimento da designada medicina integrativa, ou seja, para a combinação das MCA com o paradigma médico convencional (cit. por Hsiao et al. , 2006). Para Dobos a medicina integrativa é “a combinação da Medicina Convencional com a Medicina Alternativa e Complementar supostamente levando a efeitos terapêuticos sinérgicos” (cit. por Holmberg et al, 2012, p.2). Isto quer dizer que a medicina integrativa ao simultaneamente transcrever evidências científicas para as MCA e combinar estas (práticas de saúde complementares e alternativas que apresentem evidências científicas) com a medicina convencional provoca uma mudança positiva na

medicina convencional. A medicina integrativa requer o uso das opções mais vantajosas de diferentes sistemas terapêuticos numa coordenação que culmina em uma estratégia de tratamento abrangente e individualizada (Adler, 2002, p. 413) que pressupõe um respeito mútuo entre os dois sistemas, sem que se constate controle de um sistema sobre o outro (Wiese, Oster & Pincombe, 2010 cit. por Pegado, 2017). Holmberg et al. (2012, p. 6) argumentam que medicina integrativa pode ser “um termo de transição que pode ajudar na remoção de barreiras e à abertura da prática médica e pesquisa para novos serviços de saúde visionários” e ser “... o começo de uma mudança geral da medicina convencional para uma verdadeira integração de diferentes estilos e práticas médicas, incluindo uma melhoria do relacionamento paciente-profissional nos melhores cuidados que os pacientes podem receber”. A medicina integrativa significaria deste modo uma mudança de paradigma, designadamente viria substituir o paradigma biomédico num último momento (Weil, 2000, p.5).

Hoenders et al. (2012, p. 441) numa abordagem diferente refere que o futuro da medicina integrativa passa por “manter as partes integradas suficientemente diferenciadas e permitir que elas mantenham sua própria identidade”, consistindo deste modo o atendimento integrado de saúde “numa colaboração boa e igual entre partes que são bem diferenciadas”.

Numa posição completamente oposta, vários cientistas sociais e profissionais das MCA consideram que a medicina integrativa não passa de uma manifestação da cooptação das medicinas complementares e alternativas por parte da medicina convencional (Baer, 2008; Coulter, 2003).

Para Coulter e Willis (2007) a incomensurabilidade entre o paradigma da medicina científica ocidental e o paradigma das MCA impede qualquer tentativa de redefinir este campo temático como medicina integrativa. Para os autores os tratamentos das MCA e da medicina científica ocidental são baseados em diferentes explicações teóricas, ou seja, têm subjacente paradigmas incomensuráveis que impedem a sua integração.

Fadlon (2005) de forma semelhante, refere que no caso de Israel, as medicinas complementares e alternativas estão sofrendo um processo de domesticação no qual estão sendo constrangidas a se adaptar à biomedicina. Segundo a autora as MCA poderão se desenvolver futuramente de acordo com duas diferentes categorias: domesticação e

diferenciação. A diferenciação consiste em as MCA se desenvolverem como uma ideologia alternativa à medicina convencional. A domesticação por sua vez é definida como um “processo através do qual o estranho se torna familiar e apetecível para os gostos locais. Este processo inclui a combinação de elementos de uma entidade importada, tais como comida, vestuário, filosofia, religião ou medicina com elementos da cultura local. As novas formas híbridas que são construídas a partir deste processo resumem a essência da cultura anfitriã, representando em simultâneo aquilo por que anseia e aquilo de que não abdica” (Fadlon, 2004, pp. 71-72), sendo alcançadas “combinando suas noções mais esotéricas com práticas biomédicas, simbolismo e discurso” (Fadlon, 2004, p. 81). Este processo de domesticação ao ter subjacente o conceito híbrido oferece uma dimensão espacial ou territorial à análise das MCA, permitindo observar, tal como refere Gale (2014, p. 812), “como o poder e o conhecimento são decretados e reproduzidos em diferentes locais geográficos e culturais”. Na realidade israelita foi possível constatar deste modo que a diferenciação não se concretizou. A hegemonia da biomedicina impediu que tal sucedesse, assim como a falta de aderência por parte dos consumidores que percecionavam as novas ideologias paradigmáticas das MCA como demasiado estranhas (Fadlon, 2004). As MCA estão, então, se desenvolvendo no âmbito da domesticação. Este processo poderia significar uma mudança paradigmática da biomedicina que incluiria as MCA na prática biomédica, existindo deste modo uma transformação dupla, ou seja, a completa domesticação das MCA e paralelamente uma mudança da biomedicina (Fadlon, 2004). Contudo a recusa biomédica de incorporar as MCA, assim como a sua oposição ao licenciamento dos profissionais das MCA pode levar a um afastamento do processo de domesticação e ao surgimento de enclaves de contracultura (Fadlon, 2004). As MCA podem não ser direcionadas para nenhum dos caminhos descritos podendo antes observar-se à domesticação de algumas das modalidades terapêuticas das MCA enquanto outras manterão o seu status diferenciado.

Face ao exposto podemos afirmar que a integração apresenta-se conceitualmente e pragmaticamente dualista. Por um lado, temos a integração como incorporação em que o domínio da biomedicina sobre as MCA revela uma assimetria de poder (Gale, 2014), por outro lado temos a integração como transformação mútua com mais simetria e complementaridade genuína (Gale, 2014). Não sabemos deste modo se o futuro da medicina integrativa passará pela “incorporação”, “cooptação” ou “domesticação” ou pelo contrário por uma transformação mútua positiva em que as diferentes partes se



complementam e transformam sinergeticamente, ultrapassando as próprias limitações ideológicas, filosóficas, clínicas, empíricas e científicas.

Numa abordagem diferente alguns investigadores centram esta temática no conhecimento ontológico deficiente que existe relativamente às MCA. Um total conhecimento ontológico das MCA é para alguns investigadores imprescindível para se conseguir uma integração eficaz (Jain & Astin, 2001, cit. por Agarwal, 2018). Os fundamentos filosóficos do paradigma das MCA geram desentendimento e desacordo, levando a que seja necessário justificar as premissas metodológicas de ambas as práticas de saúde, ou seja, da medicina convencional e das MCA, para a sua integração. Segundo Agarwal (2018, p. 918) uma revisão da pesquisa biomédica relativa às MCA revela que existe “uma falta de direção para uma identidade operacional clara para MCA, gerando estereótipos negativos, preconceitos e equívocos entre os médicos (Willard, 2005; Hsieh et al., 2016; Roth et al., 2017)”. As publicações científicas tradicionais sobre MCA sugerem por um lado “um viés em direção a metodologias probabilísticas e experimentais (Caulfield & DeBow, 2005)” e por outro os periódicos das MCA “chamaram a atenção para um afastamento da pesquisa de eficácia nos periódicos da MCA, sugerindo uma confusão sobre suas suposições e princípios (Coelho et al., 2007)” (cit. por Agarwal, 2018, p.2). A coordenação entre as diversas bases de conhecimento na prática da medicina é bastante relevante na medida que a tomada de decisão dos profissionais tem como base a sua formação e estes influenciam as crenças dos pacientes. Deste modo “a falta de clareza nas estruturas ontológicas afeta negativamente a colaboração interprofissional e a relação do paciente” (Agarwal, 2018, p. 3).

Neste contexto é nos dado salientar as posições ora opositoras ora apoiantes intra e inter profissionais das MCA e da medicina convencional que se manifestam relativamente à medicina integrativa. Para além disso também instituições internacionais têm mostrado o seu apreço ou o seu desagrado relativamente à medicina integrativa. A Organização Mundial de Saúde tem sido uma das instituições internacionais entre outras que tem promovido a medicina integrativa. Contudo muitos são os que mantêm posições antagónicas a este movimento integrativo no seio da biomedicina. A carta do médico investigador Ernst (2012) demonstra de forma bastante clara essas posições antagónicas ao movimento integrativo. Este movimento integrativo é por vezes classificado de “charlatanismo” e as pessoas que praticam ou promovem as MCA são consideradas como

traidoras (Hoenders et al., 2012). No entanto, cada vez mais se observa no seio da biomedicina a abertura a estas práticas de cura.

Easthope et al. (2000), afirmam que os médicos que trabalham nos cuidados primários demonstram uma atitude mais favorável relativamente às MCA do que os médicos que trabalham nos hospitais. Nos médicos mais jovens constata-se uma atitude mais aberta às terapias ditas holísticas que entre os médicos mais velhos que percecionam estas com desconfiança temendo os seus efeitos nefastos colaterais. No que se refere aos praticantes das MAC muitos deles opõem-se firmemente à integração das MAC nos serviços de saúde estatais ou “*mesmo ao diálogo continuo com o estabelecimento médico*” devido acreditarem que o estilo, abordagem e filosofia das modalidades terapêuticas que praticam serem demasiado diferentes da medicina ortodoxa e desta forma correrem o risco de perder algumas das suas importantes características (Heller, 2005, p. 341). Os profissionais das MCA receiam então que a sua integração nos sistemas nacionais de saúde provoque alterações no seu exercício profissional comprometendo a integridade terapêutica. O controle profissional a que seriam submetidos, nomeadamente o domínio dos médicos e gerentes dos serviços hospitalares estatais poderia comprometer a sua integridade clínica e seu status profissional (Heller, 2005). No entanto, numa posição contrária, muitos profissionais das MCA defendem pelo contrário a integração como um meio para conseguir a almejada legitimidade.

Shuval e seus colegas (2002) estudaram a marginalização dos praticantes das MCA em ambientes biomédicos por meio de aspetos estruturais, simbólicos e geográficos das relações biomédicas (cit. por Keshet & Popper-Giveon, 2013, p.370).

Numa abordagem diferente das propostas precedentes, nomeadamente como refere Gale, como alternativa ao conceito de “*integração*” iremos apresentar o conceito de hibridização para interpretar a atual posição das MCA no mundo contemporâneo (2014). Este autor (2014, p. 813) argumenta que a hibridização oferece uma alternativa à abordagem de integração “*ao explicar dados empíricos que capturam a diversidade e a criatividade de formas e práticas híbridas*”, não priorizando desta forma o domínio da biomedicina e desafiando o pluralismo médico que implica fraca convergência, assim como fraca fusão de paradigmas de conhecimento de saúde. O conceito de hibridização tem sido proposto por autores que rejeitam as teorias de incomensurabilidade do paradigma da medicina convencional e do paradigma das MCA (Fadlon, 2004; Keshet, 2011; Gale, 2014; Pegado, 2017). Keshet (2011) é um desses autores. Keshet (2011)

compreende as Medicinas Complementares e Alternativas através do desenvolvimento do conceito “Energia”, correntemente descrito como uma das características intrínsecas destas práticas de saúde. O autor usando o conceito híbrido natureza-cultura de Latour refere que o conceito de “energia” “serve como eixo de um mecanismo linguístico interno em torno do qual o conhecimento das MCA é construído como um híbrido de categorias modernas de conhecimento, como corpo-mente e objetivo-subjetivo. 'Energia' é usada como a personificação do conhecimento tácito intangível e como uma ponte linguística entre ciência e espiritualidade e entre natureza e cultura” (Keshet, 2011, p.502). 'Energia' nas MCA é um conceito que possibilita a formação de novas regras epistemológicas (Keshet, 2011), designadamente permite demonstrar que as Medicinas Complementares e Alternativas estão sendo construídas “como conhecimento híbrido ao integrar categorias de conhecimento modernas contraditórias”. Keshet refere que o conceito de conhecimento híbrido permite “esclarecer a base epistemológica do conhecimento moderno tardio que está sendo construído por meio da hibridização de categorias contraditórias de conhecimento moderno: o natural com o cultural-social, o não humano com o humano, o objetivo com o subjetivo e assim por diante” (2011, p. 502). O autor descreve então as MCA não só como uma característica da pós modernidade como também como sendo simultaneamente ora uma abordagem holística dos cuidados de saúde, ora um estilo de vida, ora parte do espiritualismo da “Nova Era”.

Por último falemos da abordagem do ativismo que se revela como um modo de resistência às estruturas modernistas do poder, e desafia o conceito de integração ao se opor aos pressupostos implícitos neste, nomeadamente manifesta-se contra o facto do conceito integração implicitamente ter como objetivo ser parecido com a biomedicina e defender que as redes formais são essenciais (Brindle & Goodrick 2001; Gibson 2003; Schneirov & Geczik 2002 cit. por Gale, 2014). Segundo Gale (2014, p. 813) o ativismo manifesta-se através das ligações existentes entre o uso das MCA “e a participação em movimentos sociais, como mulheres, justiça social, desenvolvimento comunitário e movimentos verdes (Gibson 2003; Scott 1998), movimentos de reforma do estilo de vida, como vegetarianismo e anti-vacinação (Adams, 1990 ) e ativismo anti-farmacêutico, embora claramente nem todos os usuários das MCA compartilhem essas opiniões políticas”. Neste enquadramento teórico as MCA, devido ao elevado número de pessoas que se identificam como ativistas e ao consequente impacto coletivo que têm, seriam consideradas um movimento social (Goldner, 2004). Goldner afirma que num estudo

realizado nos EUA a maioria dos terapeutas e utilizadores das MCA entrevistados definem a sua participação nestas medicinas como ativismo (2004). Este movimento das MCA não possui uma organização identificável, consistindo antes num coeso movimento social “difuso que inclui várias clínicas, organizações e indivíduos ativistas, unidos pela sua ideologia”, que desafia a medicina ocidental de forma coletiva (Goldner, 2004, p. 711).

No que se refere ao posicionamento dos profissionais das MCA e dos profissionais da biomedicina face a estas práticas de saúde, assim como à forma como as MCA interferem na relação paciente, apenas apresentaremos uma breve análise.

Hollenberg realizou um estudo no qual identificou padrões de fechamento tanto para os profissionais biomédicos como para os profissionais das MCA. Segundo o autor os profissionais biomédicos adotam padrões de fechamento demarcado e excludente ao: (a) dominar os gráficos dos pacientes, encaminhamentos e testes de diagnóstico; (b) regular os profissionais das MCA para uma “esfera de competência” específica; (c) apropriação de certas técnicas das MCA de profissões das MCA menos poderosas; e (d) usar a linguagem biomédica como principal modo de comunicação. Os profissionais das MCA, por sua vez, utilizam estratégias de fechamento usurpadoras: (a) empregando seu próprio “conhecimento esotérico” em relação à biomedicina e outras profissões das MCA; (b) apropriação da linguagem e terminologia biomédica; (c) aumentar seu status profissional trabalhando com a biomedicina; e (d) referir-se aos praticantes das MCA para aumentar o fluxo de pacientes (2006, p. 731).

No âmbito da relação do paciente é nos dado observar que existe uma falta de coordenação entre as duas diferentes práticas de saúde que pode resultar numa baixa qualidade do atendimento (Weeks, 1996 cit. por Hsiao et al., 2006). As barreiras socioculturais (Foote-Ardah, 2004), a ansiedade do paciente (Broom e Tovey, 2008), as preferências do médico (Shelley et al., 2009) e a comunicação médico-paciente sobre o uso das MCA podem impedir que essa coordenação seja bem-sucedida (cit. por Agarwal, 2018). Os doentes muitas vezes combinam o uso das MCA com os tratamentos médicos convencionais sem conhecimento do seu médico ou do profissional das MCA (Bell, 2009), o que pode resultar numa baixa qualidade do atendimento e comprometer a segurança e a eficácia dos cuidados e aumentar a possibilidade de interações adversas (Hsiao et al., 2006, p.2973).

Por fim podemos concluir que os processos de hibridização, domesticação, complementaridade, ativismo ou integração demonstram que as MCA vão ser objeto de institucionalização nas sociedades ocidentais, apesar de que face à complexidade relacional de fatores económicos, científicos, sociais e políticos que envolvem as mesmas, não se conseguir projetar de que forma se dará esta. A diversidade de que são compostas as MCA, tanto a nível do paradigma conceitual como a nível das modalidades terapêuticas que se agregam na designação MCA, as relações de poder entre os profissionais das MCA e os profissionais da biomedicina, as relações conflituosas existentes no próprio seio dos profissionais das MCA que por vezes não partilham da mesma posição ou objetivo, os diferentes contextos socioculturais e históricos nas quais são praticadas, leva-nos a prever que o seu processo de institucionalização nas sociedades ocidentais será complexo e repleto de sucessivos passos descontínuos. A conjectura económica, política e social das sociedades ocidentais, onde a hegemonia da medicina dita científica prioriza as evidências científicas e despreza ou olha com algum desdém as ditas medicinas holísticas impregnadas por vezes de algum esoterismo, e na maioria delas com falta de qualquer fundamento empírico-científico, permite-nos afirmar este será um processo longo no tempo, com diferenças estruturais geograficamente e temporalmente e em que apenas algumas das terapias das MCA serão objeto de incorporação, continuando a sua maioria marginalizada. Para além disso estes processos de hibridização, domesticação, complementaridade, convergência e integração das MCA revelam que a incorporação destas práticas de saúde nos sistemas estatais de saúde pode representar a perda de identidade destas terapias (Pegado, 2017; Adams, 2002; Barnes, 2003). Face a isso a grande questão que se coloca às MCA é como “manter os seus elementos teóricos e epistemológicos centrais, bem como o modo como se traduzem nos métodos de diagnóstico e nas terapêuticas – elementos esses que são valorizados por uma parte dos seus públicos –, num quadro de sistemas de prestação de serviços de saúde altamente racionalizados que caracteriza as sociedades ocidentais modernas” (Pegado, 2017, p. 60).

## **1.5 Reemergência das medicinas alternativas e complementares**

As Medicinas Alternativas e Complementares após um período designado por Bakx (1991) por eclipse, - em que a biomedicina mantinha uma posição de hegemonia científica, política, ideológica e social na sociedade ocidental como resultado de um processo complexo de ascensão de poder que teve como aliados os próprios Estados e subjacente o capitalismo, - nas décadas de 1960 e 1970 são alvo de renovado interesse por parte do público levando à sua reemergência nas sociedades ocidentais e ao renascimento de um pluralismo das práticas de cura (Cant & Sharma, 1999). O aumento do uso das Medicinas Alternativas e Complementares a partir destas décadas é defendido por diversos investigadores e demonstrado por diversos estudos que tivemos oportunidade de revisar tal como Almeida (2012a) na sua tese de doutoramento “Towards The Camisation Of Health? The Countervailing Power of Cam in Relation to the Portuguese Mainstream Healthcare System”. Eisenberg et al. (1993) num estudo quantitativo realizado nos Estados Unidos, designadamente com uma amostra de 1.539 adulto, fornecem evidências desse renascimento das MAC. Tal como afirma Almeida (2012a) também Fulder (1996) e Ernst e White (2000) realizaram investigações que apresentam resultados que revelam o renascimento das MAC, mas neste caso no Reino Unido e Fisher e Ward (1994) em muitos países europeus (incluindo uma breve referência a Portugal), enquanto Kelner et al. (2006), Coburn et al. (1997), Coburn e Biggs (1986) e Baer (2006a; 2006b) nas sociedades canadenses e australianas. Para além destes autores também Cant e Sharma (1999) e Saks (2003) referem que desde a década de 1960 houve uma crescente popularidade das MAC nos países ocidentais e nas sociedades anglo-americanas.

Nestas últimas décadas as MAC progressivamente têm alcançado uma aceitabilidade social e política e inclusive epistemológica que teve como resultado a regulamentação de algumas dessas práticas e inclusive a sua integração nos sistemas nacionais de saúde nalguns países. A Organização Mundial de Saúde e o Parlamento Europeu duas importantes instituições internacionais, têm promovido a utilização das MAC pelas populações mundialmente. A questão que se coloca neste cenário internacional, em que apesar deste pluralismo médico, ainda persiste a hegemonia da biomedicina, é o que mudou na sociedade ocidental, nomeadamente nas décadas de 1960 e 1970, que permitiu a progressiva aceitabilidade social e legitimidade das MAC? Quais as transformações culturais, científicas, políticas, sociais e económicas que as

sociedades sofreram que levaram à progressiva aceitabilidade social e legitimidade das MAC?

Numa perspetiva sociológica, podemos dizer que as representações sociais<sup>42</sup> que temos sobre a saúde, o corpo, a medicina, a vida, Deus, e o próprio universo, - que são influenciadas pelo contexto socioeconómico e político local e global no qual vivemos que sofre transformações históricas estruturais e complexas ao longo dos tempos, - determinam o nosso comportamento de saúde. Face a isso para compreendermos a reemergência das MAC e o seu processo de aceitabilidade social e legitimidade temos que analisar criticamente toda a envolvência histórica e sociocultural da época, a nível local e global, e identificar as transformações estruturais que ocorreram na sociedade que levaram a que houvesse uma mudança nas representações sociais.

Ao rever a vária bibliografia sobre o tema deparamo-nos com as mais diversas perspetivas teóricas que explicam este complexo fenómeno social ora através das transformações nas representações de corpo, saúde, doença, ora através da dita crise da medicina e da saúde (Luz, 2005), ora através da teoria da orientalização do Ocidente elaborada por Campbell (1997), ora através do movimento da contracultura entre outras abordagens. A nosso ver todas estas teorizações explicativas, não se limitando ao seu quadro teórico e transbordando para além do seu próprio campo, sendo percecionadas numa análise crítica e não restritiva aos seus próprios conceitos e conteúdos, podem contribuir para a compreensão deste processo histórico complexo que se deu ao longo do tempo e nas mais diversas localizações geográficas e que ainda que com estruturais diferenças culturais, sociais, políticas e económicas apresenta algumas características semelhantes. Face a isso iremos apresentar num primeiro momento por subtemas, algumas dessas teorias, para posteriormente elaborarmos uma explicação teórica desse mesmo processo histórico, ainda que sob a regie de hipótese, em Portugal uma vez que não encontramos investigações realizadas no nosso país sobre esta temática.

---

<sup>42</sup> O conceito de representação social deve ser compreendido como definido por Claudine Herzlich (2005) que refere que estas são construções dos sujeitos que refletem concepções, valores e suas relações de sentido, dando uma interpretação e sentido a suas ações, ou seja, tendo deste modo uma função orientadora do comportamento. Por sua vez os discursos das sociedades refletem as representações sociais. A representação social pode, então, “ tornar-se ativa no universo social” (2005, p. 67). No caso por exemplo da saúde e da doença a autora refere: “Dito de outra forma, a dupla oposição “saúde-doença” e “indivíduo sociedade”, que organiza a representação, dá sentido à doença. “Por meio da saúde e da doença, temos acesso à imagem da sociedade, de suas “imposições”, tais como o indivíduo as vive. Englobada nesta imagem, a doença adquire uma significação”, escrevi na conclusão do estudo. “Para nós, como para os primitivos, é provavelmente importante que a doença, se ela é desordem, não seja acaso; é provavelmente importante que, enquanto desordem, ela seja significativa. Ela encarna a ‘imposição social’” (HERZLICH, 1981, p. 177 cit in. Herzlich, 2005, p.60).

### **1.5.1 A pós-modernidade, modernidade tardia ou modernidade reflexiva**

Os termos pós modernidade, modernidade tardia ou modernidade reflexiva são denominações usadas consoante as correntes teóricas para designar uma fase da modernidade. Na sequência das transformações socioculturais sofridas, alguns autores designam os últimos anos do século XX de pós modernidade ou modernidade tardia ou modernidade reflexiva significando tal “um movimento obstinado e um tanto caótico para superar todos os supostos males do modernismo” (Harvey, 1989, p. 115). Neste texto não nos debruçaremos sobre o conceito destes termos ou as divergências terminológicas, mas nomeadamente sobre dois aspetos particulares desse fenómeno (Bakx, 1991): (a) taxonomias de mudanças na estrutura económica e (b) como elas se manifestam em novas formas políticas e culturais.

O Fordismo, termo para designar sistemas de produção em massa (linha de produção) a baixo custo por meio da utilização da conhecida "linha de montagem" idealizados em 1913 pelo empresário Henry Ford, revolucionou os transportes e a indústria dos Estados Unidos. O fordismo, contudo, só depois da segunda Guerra Mundial é que se consolida e amplia na Europa ora através de políticas internas ora através do Plano Marshall e o subsequente investimento direto dos EUA (Harvey, 1989). O período do pós-guerra viu o surgimento de uma série de indústrias baseadas em tecnologias, em determinadas regiões como West Midlands da Grã-Bretanha ou o Meio Oeste dos EUA, nomeadamente a indústria automóvel, a construção naval e equipamento de transporte, e bens elétricos de consumo e construção entre outros, que se tornaram os motores propulsores do crescimento económico (Harvey, 1989). Para além disso a reconstrução dos países devastados pela guerra, coordenada essencialmente pelos Estados Unidos, a renovação urbana, a expansão geográfica dos sistemas de transporte e comunicação e desenvolvimento de infraestruturas dentro e fora do mundo capitalista avançado, contribuiu para a consolidação e expansão do Fordismo na Europa (Harvey, 1989, p.132). Durante esse período, o fordismo caracterizado por forte intervenção dos estados que tiveram que adotar novos papéis e construir novos poderes institucionais, possibilitou que o capitalismo alcança-se taxas de crescimento económico fortes e conseqüentemente que os padrões de vida aumentassem (Harvey, 1989, pp.132-133). O progresso do fordismo internacionalmente ao criar a formação de mercados de produção em massa globais e o consumismo dessa mesma produção em massa pela população mundial, fundou um novo tipo de capitalismo. O Fordismo implicou, então, não apenas uma forma de



racionalização da produção capitalista baseada em inovações técnicas e organizacionais que se articulam tendo como finalidade, a produção em massa e o próprio consumo em massa como também “um modo específico de viver, pensar e sentir a vida” e tal como defende Antonio Gramsci “as questões da sexualidade, da família, das formas de coerção moral, do consumismo e da ação do Estado estavam todas ligadas à busca de forjar um tipo particular de trabalhador 'adequado ao novo tipo de trabalho e processo produtivo” (Harvey, 1989, p. 126). O Fordismo, caracterizado por determinado conjunto de “práticas de controle de trabalho, combinações tecnológicas, hábitos de consumo e configurações de poder político-económico”, teve o seu apogeu nos anos de 1945 a 1973, tendo a partir deste último ano sofrido significativas mudanças (Harvey, 1989, p. 124). O período histórico posterior denominado de pós-fordismo que teve início nos anos de 1970 com a crise estrutural do fordismo é caracterizado por ser um período de mudanças do capitalismo, sendo palco da emergência de novas transformações da organização industrial e da vida social e política (Kumar, 1997; Harvey, 2008). Esta mudança não foi, no entanto, abrupta e repentina foi antes um processo temporal e histórico que teve origem em múltiplos fatores, designadamente segundo Harvey (2008) contribuíram para a crise do fordismo fatores como: os impactos dos choques do petróleo na economia ocorrido em 1973; o surgimento da concorrência japonesa, com sua nova conceção de gestão e produção automobilística; mudanças tecnológicas; fusões e incorporações de empresas; desigualdades tanto entre os setores de trabalho no interior do sistema fordista, como entre regiões geográficas; surgimento de novas necessidades de consumo promovidas pelos capitalistas que buscam a lucratividade.

Estes fatores segundo David Harvey (2008), levaram à emergência de um novo modelo de acumulação, por ele denominado de acumulação flexível, que estava associado a um novo sistema de regulamentação política e social, e por outros autores definido por vezes como pós-fordismo. O termo pós-fordismo é então utilizado por um lado para definir um período de mudanças do capitalismo e por outro lado como um novo modelo de gestão produtiva.

A produção passa, então, a ser realizada por um número maior de empresas de manufatura e serviços, que num mercado globalizante e volátil em que surgem uma série de novas atividades tais como bancos, seguros, serviços, hotéis, aeroportos e turismo e em que o consumo é caracterizado por novos padrões de compra, nomeadamente uma

maior escolha com rápidas mudanças nas tendências, têm que reagir rapidamente e ter novas capacidades informativas (Hall, 1989 cit. por Bakx, 1991; Harvey, 2008 ).

O pós-fordismo é deste modo caracterizado pelo consumo impulsionado pelo consumidor que adere a novas formas de crédito, “o que gera uma maior diferenciação nos padrões de compra, uma maior escolha com rápidas mudanças nas tendências, ou seja, mais produtos com vida útil mais curta, que não se prestam a si mesmos para produção em massa” (Bakx, 1991, p. 23).

Também as relações de trabalho sofreram alterações com o Fordismo que por sua vez provocaram consequências sociais e políticas no período já referido como pós-fordismo. Com o Fordismo a mão de obra trabalhadora foi transformada numa mercadoria e as relações de classe hierarquizadas provocando desigualdades globais, tanto a nível dos diversos sectores da economia como a nível de estados-nações, particularmente entre os países industrializados e os menos industrializados (Harvey, 1989; Giddens, 1991). Como refere Harvey (1989, p.138)

*“as desigualdades resultantes produziram sérias tensões sociais e fortes movimentos sociais por parte dos excluídos - movimentos que foram agravados pela forma como raça, gênero e etnia frequentemente determinam quem tem acesso a empregos privilegiados e quem não tem. As desigualdades eram particularmente difíceis de sustentar em face das expectativas crescentes, alimentadas em parte por todo o artifício aplicado à criação de necessidades e à produção de um novo tipo de sociedade consumista. Com o acesso negado ao trabalho privilegiado na produção em massa, grandes segmentos da força de trabalho também tiveram o acesso negado às tão alardeadas alegrias do consumo em massa. Essa era uma fórmula certa para o descontentamento”.*

Neste contexto socioeconómico global caracterizado por grandes desigualdades de riqueza e poder surgem deste modo vários movimentos sociais nomeadamente o movimento pelos direitos civis, compreendido entre 1952 e 1983, ocorrido em países de todos os continentes, mas principalmente nos países norte-americanos, que tinha como finalidade conseguir a completa igualdade perante a Lei para todas as camadas da população, independente de cor, raça ou religião; os movimentos trabalhistas cujas origens estão ligadas à expansão do capitalismo, através do sindicalismo tentavam influenciar o poder do estado e obter controle sobre os seus locais de trabalho (Giddens, 1991); o movimento feminista que surge perante o aumento de mulheres em empregos de baixa remuneração e tem como um dos seus objetivos essenciais os direitos de

igualdade política e económica (Giddens, 1991); os movimentos pacifistas que têm como finalidade o controle dos meios de violência nomeadamente as forças policiais e militares; e por último os movimentos ecológicos – categoria esta que segundo Giddens (1991, p.142) pode incluir os movimentos de contracultura de que falaremos posteriormente - que estando centrado no “ambiente criado”, inicialmente procuravam responder ao impacto da indústria moderna sobre os modos tradicionais de produção e sobre a paisagem, para posteriormente terem como finalidade combater os riscos de alta-consequência que o desenvolvimento industrial acarreta, e outros aspetos do “ambiente criado”.

Podemos, então, concluir que os movimentos sociais que têm as suas raízes nas desigualdades de riqueza e poder e num descontentamento social, têm um papel primordial ao por um lado se apresentarem como fatores influenciadores de mudança e permitirem um despertar de consciências e por outro lado deslumbrarem reflexos de futuros possíveis e contribuírem para a sua concretização (Giddens, 1991). Para além disso segundo Giddens (1991) os movimentos sociais, característica de uma ordem pós-tradicional, participam da reflexividade da modernidade. 'Reflexividade' que consiste no “uso de informações sobre as condições de atividade como um meio de reordenar e redefinir regularmente o que é essa atividade. Diz respeito a um universo de ação onde os observadores sociais são eles próprios socialmente observados; e hoje é verdadeiramente global em escopo” (Giddens, 1994, p.86). Segundo o autor será esta reflexividade, designadamente a reflexividade social que explica as mudanças estruturais económicas, políticas e socioculturais presenciadas no período denominado por alguns como pós-modernidade (1994). Deste modo o surgimento do "pós-fordismo" nas empresas industriais seria compreendido não em termos de mudança tecnológica, mas como consequência de alta reflexividade que leva ao crescimento da “produção flexível” e à “tomada de decisão de baixo para cima” (Giddens,1994, p. 7). Também o domínio da burocracia e da política são influenciados pela reflexividade social sofrendo transformações estruturais. A autoridade burocrática deixa de existir numa sociedade mais reflexivamente ordenada. No domínio da política a reflexividade é claramente manifestada pelo descontentamento com os organismos políticos ortodoxos, pela eliminação da corrupção ou pelas contestações de reconstrução política (Giddens,1994). A sociedade neste período é caracterizada por ser “uma sociedade de alta reflexividade em que a apropriação regular de conhecimentos - em todas as suas muitas formas - tende

a substituir a orientação da tradição” (Giddens,1994, p. 87). Os indivíduos numa sociedade de alta reflexividade “precisam se envolver com o mundo se quiserem sobreviver nele”, deixando a informação produzida por especialistas (incluindo o conhecimento científico) de ser exclusiva de grupos específicos e passa a ser interpretada e acionada por indivíduos leigos no decorrer de suas ações quotidianas (Giddens,1994, p.7). Este período é, então, designado pelo autor por modernidade reflexiva e não como pós modernidade, não concordando o autor, no entanto, com este último termo.

Bakx (1991) ao contrário de Giddens utiliza os termos modernidade e pós modernidade para distinguir os dois períodos históricos marcados por diferenças estruturais. Segundo o autor as transformações que ocorreram na economia foram paralelas a mudanças nas práticas culturais, sendo possível visionar de forma concreta as diferenças culturais existentes na modernidade e na pós modernidade (Bakx,1991).

Enquanto na modernidade o controle e autocontrole eram essenciais para a realização de si e a própria realização do capital que reprimindo tudo o que é espontâneo (exemplo: sexualidade, prazer, superstição ou fetichismo ) canalizava a energia para a construção da cultura, na pós modernidade é a combinação de natureza-libido e uma cultura livre da modernidade que é essencial, sendo central a reestruturação do espaço por meio da incorporação de duas propensões aparentemente contraditórias: globalização e localização (Bakx,1991, p. 24). Os fenómenos sociais e ecológicos locais são deste modo valorizados na medida que o seu verdadeiro reconhecimento oferece a possibilidade de combinar cultura e natureza dessa maneira. As políticas e culturas nacionais perderam desta forma a sua posição hegemónica, dando lugar a novas formas políticas e culturais, nomeadamente no domínio político observa-se ao declínio do partido de massa e a ascensão de alianças políticas menores centradas em questões sociais e humanas como é o caso dos partidos feministas, dos verdes, dos direitos dos animais etc., e no domínio cultural tal significou a dissolução da distinção entre cultura “alta” e cultura de massa/popular, resultando numa mistura de códigos em que pastiche, paródia, ironia, paradoxo e intertextualidade tornaram-se as palavras da moda (Bakx,1991, p.24).

Outros autores tais como Coulter e Willis (2007) e Siahpush (1999) referem que a pós modernidade é caracterizada por valores e crenças opostos à modernidade.

Coulter e Willis (2007) afirmam que houve um declínio na capacidade da ciência e da tecnologia para resolver os problemas da vida, designadamente os problemas de

saúde, sendo disso exemplo a diminuição nas taxas de imunização contra as doenças infecciosas tradicionais nos países do primeiro mundo. Esta mudança estaria ligada aos movimentos sociais dos quais já falamos, neste caso aos "verdes" que se centram no meio ambiente tentando resolver os problemas incluindo os de saúde através de soluções orgânicas/não químicas.

Siahpush (1999, p. 164) argumenta que o crescimento da pós modernidade e o surgimento de valores e crenças pós-modernos, tais como natureza, ciência e tecnologia, holismo, rejeição da autoridade, responsabilidade individual e consumismo são uma reação aos fracassos do projeto modernista, sendo este fracasso também compreendido como resultado da alienação engendrada por suas estruturas organizacionais e hierarquias que tornam os indivíduos insignificantes nas decisões de grande importância.

Foram deste modo apresentados por um lado numa abordagem mais histórica os factos que promoveram as mudanças ocorridas na pós modernidade e por outro lado numa abordagem mais sociológica, se assim o podemos afirmar, teorias relativas às mudanças da modernidade e pós-modernidade, com o objetivo de demonstrar a complexidade da dinâmica dialética deste processo de transformação temporal e histórico que se deu a nível global. É neste cenário socioeconómico que se localizará a discussão que passaremos a descrever sobre a crise da medicina e da saúde. Para além disso posteriormente explicaremos como estas mudanças socioculturais tiveram impacto nas medicinas alternativas e complementares.

### **1.5.2 Crise da Saúde**

Neste ponto apenas iremos descrever de forma muito breve os principais aspetos da crise da saúde descritos por Madel T. Luz.

Luz (2005) identifica os problemas de natureza sanitária, tais como desnutrição, violência, doenças infectocontagiosas e crónicas degenerativas, assim como o ressurgimento de velhas doenças que se acreditavam em fase de extinção ( a tuberculose, a lepra, a sífilis e outras doenças sexualmente transmissíveis), como Crise da Saúde, argumentando que esta resulta do crescimento das desigualdades sociais nas sociedades, nomeadamente entre as ditas sociedades do Primeiro Mundo e do Terceiro Mundo. As desigualdades sociais são fruto de uma economia capitalista que através de um processo

designado por políticos e economistas de globalização, dominou completamente todo o planeta. Os problemas de natureza sanitária poderiam ser solucionados ou prevenidos se os Estados desses países adotassem políticas sociais adequadas e não estivessem antes seriamente comprometidos com a política neoliberal que presentemente rege diferentes governos (Luz, 2005).

O segundo especto da crise da saúde, que também em grande parte tem as suas origens nas condições socioeconómicas que originaram a crise sanitária, ou seja, no dito capitalismo globalizante, refere-se ao designado por Michel Joubert, como “pequena epidemiologia do mal-estar” e que consiste num síndrome coletivo, caracterizado por dores difusas, depressão, ansiedade, pânico, males na coluna vertebral etc., do qual sofrem milhões de indivíduos das populações de quase todos os países nos grandes centros urbanos, provocando um sofrimento constante aos cidadãos e conseqüentemente na sequencia de muitos dias de trabalho perdido, a perda de milhões de dólares anuais para as economias desses países (Luz, 2005).

Luz (2005, pp. 148-149) afirma, então que esse mal-estar coletivo

*“pode ser visto como um fenômeno de natureza tanto sanitária como cultural, que tem suas raízes não apenas nas condições de trabalho do capitalismo globalizado, mas na própria transformação recente da cultura que é seu fruto. Verifica-se, com esta transformação, a perda de valores humanos milenares nos planos da ética, da política, da convivência social e mesmo da sexualidade, em proveito da valorização do individualismo, do consumismo, da busca do poder sobre o outro, visto como adversário, e do prazer imediato a qualquer preço como fontes privilegiadas de consideração e status social”.*

Por último a autora refere que a unificação mundial das fontes de informação e difusão cultural levou a que muitos dos padrões nas culturas nacionais, e mesmo regionais dos países fossem substituídos por padrões homogêneos inerentes da cultura de massas, o que paradoxalmente,

*“essa homogeneização “pelo alto”, isto é, a partir do central, proporcionou uma fragmentação “por baixo”, isto é, a partir da esfera local, tendo havido o ressurgimento – ou pelo menos a recuperação, ou a revalorização – de antigos padrões e formas particulares de expressão de cultura, entre os quais figuram aqueles relacionados à saúde e à medicina” (2005, p. 149).*

### 1.5.3 Crise da Medicina

Vários são os autores que tomam como tema de análise de estudo a crise da medicina e a explicam através dos mais diversos conjuntos de fatores culturais, económicos, sociais, epistemológicos e científicos. Bakx (1991), Luz (2005) e Foucault, (2010) assim como Illich, (1975) são, entre outros, alguns desses autores.

Bakx (1991), afirma que uma proporção crescente da população percebeu que a medicina como instituição modernista tornou-se politicamente e culturalmente fracassada.

A obra de Ivan Illich (1975), “Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde”, com várias décadas, foi pioneira na análise da crise da medicina, mas mais que isso podemos mesmo afirmar que foi vanguardista na medida que esta se apresenta como uma crítica velada à medicina, envolvendo seus aspetos culturais, económicos, sociais e políticos. Apesar de na época da sua publicação esta não ter sido aclamada pela saúde pública ou mesmo pelo meio académico, talvez devido, como refere Tesser (1999), ao radicalismo de sua crítica incomodativo para a classe médica, esta revela-se até à data presente atualizada e pertinente ao descrever criticamente as transformações culturais das sociedades ocidentais que tiveram consequências lamentáveis para a saúde dos indivíduos até à atualidade e ampliar o conceito de iatrogênese que passa a incluir como afirma Nogueira (1997, cit. por Tesser, 1999), os processos de medicalização da sociedade.

Para Illich (1975, pp. 6-7) a medicalização da vida é vista de forma bastante negativa por três motivos:

*“primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado. Em três pontos deste ensaio (com dimensões desiguais), trato desses três níveis de medicina maligna”.*

Na sua obra o autor descreve estes três níveis da medicina maligna que denomina da seguinte forma:

- A iatrogênese clínica consiste nos danos ao indivíduo provocados pelo uso da tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica.

- A iatrogênese social “é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina”; “é uma penosa desarmonia entre o indivíduo situado dentro de seu grupo e o meio social e físico que tende a se organizar sem ele e contra ele. Isso resulta em perda de autonomia na ação e no controle do meio mais do que o de sua ação técnica direta” (1975, p. 31). A “medicalização do orçamento” (aumento dos gastos pessoais e nacionais com o cuidado médico sem equivalente melhora do nível de saúde) e a “invasão farmacêutica” seriam dois outros sintomas da iatrogênese social descritos pelo autor .

- E por último a iatrogênese estrutural que o autor descreve do seguinte modo “uma demanda idólatra de manipulação substitui a confiança na força de recuperação e de adaptação biológica, o sentimento de ser responsável pela eclosão dessa força e a confiança na compaixão do próximo, que sustentará a cura, a enfermidade e o declínio. O resultado é uma regressão estrutural do nível de saúde, visto que esta é compreendida como poder de adaptação do ser consciente. Essa síndrome de regressão, chamo-a iatrogênese estrutural” (1975, p. 103).

Foucault (2010) numa abordagem segundo o próprio oposta à de Ivan Illich afirma que o modelo de desenvolvimento da medicina a partir do século XVIII é que levou à crise da medicina, segundo ele um falso conceito, e identifica os seguintes aspectos da crise:

- Cientificidade e eficácia da medicina – Segundo o autor a medicina, enquanto ciência e saber em evolução, pode se tornar bastante nefasta e perigosa não para o sujeito individual como sucedeu durante séculos, mas para a própria humanidade na medida que a própria ação da intervenção médica tem inerente o que o autor denomina de risco médico, isto é, a ação da intervenção médica ao mesmo tempo que realiza uma intervenção terapêutica positiva e desejável pode provocar danos nefastos a toda a humanidade. O efeito terapêutico dos medicamentos é um exemplo disso pois para além de produzir o efeito desejado, curar o doente, produziu uma perturbação, ou mesmo “uma destruição, do ecossistema não só do indivíduo, mas da própria espécie humana” (Foucault, 2010, p.176). As manipulações genéticas realizadas no potencial genético das



células vivas, nos bacilos ou nos vírus ao acarretarem um risco inerente para toda a humanidade, - na medida que se tornou tecnicamente possível criar agentes agressores do organismo humano para os quais não existem meios de defesa nem de destruição ou criar um ser vivo tão diferente geneticamente que afete toda a história do homem, - deram origem a uma nova dimensão de possibilidades médicas que autor designa de questão da bio história. Foucault (2010, p.179) afirma que esta é uma das principais características da crise da medicina pois o “não-saber deixou de ser perigoso e o perigo radica no próprio saber. O saber é perigoso não somente por suas consequências imediatas no nível do indivíduo ou de grupos de indivíduos, mas no da própria história”.

- Medicalização indefinida – A intervenção médica, assim como o campo de atividade da medicina até ao século XVIII está centrado no doente, no seu sofrimento, nos seus sintomas, no seu mal-estar (Foucault, 2010). A partir dessa data quatro grandes processos levam a que a prática da medicina deixe de ser individual e passe a ser social:

*“1) Aparecimento de uma autoridade médica (...) que é uma autoridade social que pode tomar decisões no nível de uma cidade, um bairro, uma instituição, um regulamento. 2) Aparecimento de um campo de intervenção da medicina distinto das doenças: o ar, a água, as construções, os terrenos, os esgotos etc. Tudo isso se converte, no século XVIII, em objeto da medicina. 3) Introdução de um aparelho de medicalização coletiva, o hospital. Antes do século XVIII, o hospital não era uma instituição de medicalização, mas de assistência aos pobres que estavam para morrer. 4) Introdução de mecanismos de administração médica: registo de dados, comparação, estabelecimento de estatísticas, etc.” (Foucault, 2010, pp.182 - 183).*

A medicalização passa, então, a estar em todas as áreas da sociedade. A medicina sempre esteve ligada à economia das sociedades. Na sociedade capitalista a medicina tinha a função de prover indivíduos fortes e saudáveis de forma a serem capazes de trabalhar e poderem assegurar um sistema produtivo industrial. Posteriormente a própria saúde se tornou objeto de consumo “produzido por uns — laboratórios farmacêuticos, médicos, etc. — e consumido por outros — os doentes potenciais e atuais” — adquirindo importância económica e mercantil (Foucault, 2010, p.188). Segundo o autor a partir “do momento em que o corpo humano entra no mercado por intermédio do consumo de saúde, aparecem vários fenómenos que causam disfunções no sistema da saúde e da medicina contemporânea” (Foucault, 2010, p.188), designadamente:

- A mercantilização do corpo humano e da saúde no sistema de consumo não significou correlativa e proporcionalmente o melhoramento do nível de saúde. Tal revelou-se um paradoxo económico na medida que o crescimento de consumo não proporcionou qualquer fenómeno positivo na saúde, na morbidade e na mortalidade do homem.

- O sistema de seguro social não diminuiu as desigualdades sociais existentes no sector médico, continuando os mais ricos a usufruir dos serviços médicos muito mais que os mais pobres que acabam por financiar com suas contribuições sociais o consumo dos mais ricos. Para além disso não são os médicos, ao contrário do que se possa pensar que beneficiam de grande parte do lucro derivado da mercantilização da saúde, mas sim a indústria farmacêutica, por mediação das instituições de seguro social.

O autor conclui que a medicina faz parte de um sistema histórico, económico e de poder, sendo desse modo necessário identificar as ligações entre a medicina e esses sistemas para conseguir retificar ou aplicar o modelo de desenvolvimento médico da Europa.

Por último apresentamos a perspetiva teórica de Luz (2005) que identifica os seguintes sete planos de significação, explicativos da crise da medicina, tanto a nível socioeconómico como cultural: plano institucional; plano corporativo; plano pedagógico; plano ético; plano da eficácia institucional médica; plano do saber médico e da racionalidade médica”.

- Plano institucional - Representa os programas de atenção médica, sobretudo aqueles relativos às populações mais pobres.

- Plano ético - Focaliza a “...perda ou a deterioração atual da relação médico-paciente, com a objetivação dos pacientes e a mercantilização das relações entre o médico e seu paciente, visto atualmente mais como um consumidor potencial de bens médicos que como um sujeito doente a ser, se não curado, ao menos aliviado em seu sofrimento pelo cuidado médico” (Luz, 2005, p. 150).

- Plano da eficácia institucional médica – Com o avanço das ciências biomédicas, as técnicas de diagnóstico e investigação de patologias tornam-se cada vez mais eficientes e a medicina deixa de ter uma função de arte de curar para se centralizar na diagnose deixando de ter consideração pelos sujeitos doentes e por sua cura.

- Plano da bioética – Luz tal como Foucault manifesta preocupação a nível dos avanços científicos da genética que revelam não ter em atenção o sujeito humano implicado direta ou indiretamente.

- Plano corporativo – Este plano é referente à profissão médica, nomeadamente é referente às questões da ética profissional em termos das relações intracategorias, das relações intercategorias, da área de atenção à saúde e das relações entre profissionais médicos e cidadãos. As relações entre profissionais são marcadas por grande competição e as relações entre profissionais médicos e cidadãos muitas vezes conflituosas ou hostis, situações muitas vezes perceptíveis nos serviços públicos de saúde.

- Plano pedagógico – Plano referente à educação médica, à formação de recursos humanos para atuarem na área biomédica, sendo a este nível sublinhada “a questão da perda progressiva da capacidade das escolas ou faculdades da área de atenção à saúde para formar profissionais aptos para resolver, ou mesmo equacionar, problemas de saúde/doença de grande parte da população, sobretudo nos países de grandes desigualdades sociais, isto é, os do Terceiro e Quarto mundos” (Luz, 2005, p. 150).

- Plano de Racionalidade Médica – Este último plano é referente ao próprio paradigma da medicina contemporânea. No paradigma da medicina contemporânea o sujeito humano sofredor deixou de ser uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção na medida em que esse sujeito humano sofredor deixou de ser o centro de seu objeto (como investigação) e de seu objetivo (como prática terapêutica). Esse duplo afastamento gerou uma dupla crise, na saúde das populações e na medicina como instituição (Luz, 2005, p.152).

A dissociação entre saúde, medicina e cultura levada a cabo pela medicina científica teve como consequências não só desigualdades mundiais a nível do acesso médico a todas as populações, constatando-se ainda nos dias de hoje deficientes condições médicas e sanitárias nos países do Terceiro Mundo como também uma transformação cultural nas representações e concepções do corpo, indivíduo, pessoa e salubridade. Estas “novas representações que valorizam um neonaturismo ecológico como fonte de saúde”, “...que pretendem a superação da representação homem/máquina na cultura contemporânea e tem a sua origem na própria ideologia hedonista de valorização do corpo, da individualidade, da beleza e da conservação da juventude”, “...encontram suporte... na deterioração progressiva do meio ambiente planetário na segunda metade

do século” que levou a uma “consciência ecológica“, a um movimento ecológico que tem como preocupação não só as questões ambientais mas todos os domínios da vida humana, ai incluindo-se desse modo a saúde humana (Luz, 2005, pp. 152-153).

Luz preconiza que a dupla crise que se deu na sociedade, a crise da saúde e da medicina, se constitui como uma das hipóteses interpretativas sócio-antropológicas possíveis para a grande procura das medicinas alternativas e complementares nas últimas décadas. Segundo a autora “o paradigma que rege a medicina contemporânea afastou-se do sujeito humano sofredor como uma totalidade viva em suas investigações diagnósticas, bem como em sua prática de intervenção, deixando o sujeito humano sofredor de ser o centro de seu objeto (como investigação) e de seu objetivo (como prática terapêutica” (Luz, 2005, p. 151). Tal levou a que este duplo afastamento gerasse uma dupla crise na sociedade, uma crise na saúde e uma crise na medicina (Luz, 2005) que por sua vez provocou que houvesse um aumento na procura de outras “racionalidades médicas”, ou seja, das medicinas alternativas e complementares.

#### **1.5.4 A orientalização do Ocidente**

A tese de “orientalização do Ocidente” apresentada por Campbell (1997 cit. por Nogueira & Camargo Jr., 2007; Souza & Luz, 2009; Caes, 2009) nos parece ser bastante relevante para a compreensão da reemergência e expansão das Medicinas Alternativas e Complementares no mundo Ocidental. Isto por um lado porque muitas destas terapias alternativas são oriundas desse mundo exótico e mítico que é o Oriente, como é o caso da Medicina Tradicional Chinesa e da Acupuntura, objeto de estudo deste nosso trabalho. E por outro lado porque permite não só uma melhor compreensão sobre o contexto sociocultural na qual se deu o desenvolvimento das MAC, como também a possibilidade talvez de descobrir quais os fatores culturais que impulsionaram o surgimento de diferentes paradigmas de saúde. Para além disso também nos possibilita constatar quais as alterações socioculturais que levaram à sua aceitação social.

Colin Campbell (1997 cit. por Nogueira & Camargo, 2007; Souza & Luz, 2009; Caes, 2009) na sua tese de “orientalização do Ocidente” afirma que no Ocidente ocorria um processo de orientalização que consistia num processo de substituição do paradigma

cultural tradicional do ocidente com uma teodiceia<sup>43</sup> de características transcendentais pelo paradigma tradicionalmente do oriente que tinha por base uma teodiceia com características de imanência como refere neste pequeno excerto de texto:

*[...] a tese aqui proposta é nada menos do que a afirmação de que o paradigma cultural ou teodiceia que tem sustentado a prática e o pensamento ocidental por cerca de dois mil anos está sofrendo um processo de substituição – e com toda probabilidade terá sido substituído, quando entrarmos no próximo milênio [milênio atual] – pelo paradigma que tradicionalmente caracterizou o Oriente. (Campbell, 1997, p. 6 cit. por Caes, 2009, p. 157)*

Constatamos desta forma que para o autor a orientalização do ocidente não consiste na simples adesão do ocidente ao consumo de produtos orientais, - quer estes sejam mercadorias materiais tais como temperos, iogurtes e sedas, quer sejam práticas, como a ioga ou a acupuntura ou quer sejam um sistema religioso completo como o hinduísmo ou o budismo, - mas sim em tudo isso e mais em outros fatores de transformação cultural relacionados com a teodiceia (Nogueira & Camargo, 2007; Souza & Luz, 2009). A orientalização do Ocidente, consiste deste modo, como já referido, num processo de mudança de paradigma.

A noção de teodiceia torna-se central na tese do autor na medida que é a teodiceia que diferencia o paradigma cultural ocidental e oriental. No paradigma cultural ocidental baseado numa teodiceia transcendental o divino é representado como superior, encontrando-se fora da criação, e separado do homem e da natureza e o mal está fora do ‘Reino de Deus’, reside na natureza, no corpo do homem e nos demônios (Nogueira & Camargo, 2007; Souza & Luz, 2009, pp. 396-397). No paradigma cultural oriental, baseado numa teodiceia imanente, o divino está presente em todas as coisas, interpenetra o mundo cotidiano, o homem, a natureza. O mal é complemento do bem e ambos são filhos do mesmo deus, impessoal e presente na natureza (Nogueira & Camargo, 2007; Souza & Luz, 2009). Campbell revela que o processo milenar de desenvolvimento cultural assente nessas duas teodiceias “culminou com a formação de dois sistemas racionais logicamente fechados, representados pela predestinação calvinista

---

<sup>43</sup> “A palavra teodiceia parece ter sido cunhada por Leibniz, em 1690, para se referir à defesa de Deus contra os ataques efetuados por uma consideração do mal tanto moral como natural. Rapidamente passou a ser usada num sentido mais amplo, para designar o estudo da compatibilidade da idéia de Deus com a existência do mal, e, de maneira ainda mais genérica, como sinônimo da teologia filosófica” (Campbell, 2001, cit. por Nogueira & Camargo, 2007, p. 850).

(transcendente) e pela da lei do carma (imane)nt) (Campbell, 1997, p.7; Souza & Luz, 2009, p.396; Nogueira & Camargo, 2007, p. 850). Para o autor as mudanças que estas duas teodiceias sofreram tiveram impacto nas culturas ocidentais (europa judaico-cristã) e orientais (sul e leste asiático), levando mesmo à sua mudança, na medida que estas duas teodiceias durante longo tempo influenciaram a formação dessas mesmas culturas.

Campbell identifica, então o monismo (o homem unificado em corpo, mente e espírito e também unificado à natureza – da qual, portanto, é parte e não senhor – e à divindade) como a característica central do pensamento oriental e o dualismo (o homem é separado da natureza e do divino, dividido em corpo, mente e espírito, e deve controlar e manipular a natureza para garantir sua sobrevivência) por sua vez como característica do pensamento ocidental (Souza & Luz , 2009, p.396; Nogueira & Camargo, 2007, p. 859). Desta forma enquanto para o Oriente a ciência e tecnologia criam uma ilusão de progresso, para o Ocidente elas representam a principal esperança num futuro melhor (Campbell, 1997, p.8 cit. por Nogueira & Camargo, 2007, p. 859). Esta perspectiva vai de encontro ao movimento da contracultura na medida que torna atraente o que vem do Oriente. Isto é para uma juventude revolucionária que recusa o mundo tecnológico e defende o regresso à natureza, o pensamento oriental com a sua imanência revela-se como a escolha ideal.

Para Campbell, contudo esta mudança radical de paradigma cultural que está a acontecer no mundo Ocidental, ou seja , de um paradigma ocidental com uma teodiceia transcendente para um paradigma oriental com uma teodiceia imante, “... tem sido, e continua sendo, ajudada pela introdução de ideias e influências do Oriente no Ocidente, mas o que tem sido de muito maior importância são os desenvolvimentos culturais e intelectuais dentro da própria civilização ocidental, desenvolvimentos que têm sido grandemente responsáveis por apressar essa mudança de paradigma ” (Campbell, 1997, p. 6 cit. por Caes, 2009, p. 157).

Campbell (1997) para fundamentar a tese de que está a ocorrer uma mudança de paradigma apresenta diversos indicadores reveladores dessa mudança nos padrões do pensamento ocidental, na sociedade Ocidental.

A teodiceia calvinista foi influenciada por crenças alternativas como o arminianismo, que valorizam o amor mais que a justiça terrível de Deus (Nogueira & Camargo, 2007). Por sua vez de acordo com Campbell (1997, p.7 cit. por Nogueira &

Camargo, 2007, p. 851): “Todas essas crenças construíram os alicerces para a substituição da imagem transcendente do divino tradicionalmente ocidental pela imagem imanente oriental, um processo que, embora venha ocorrendo por cerca de duzentos anos, somente agora começa a se tornar de facto amplamente visível”. Para Campbell (1997, p.7 cit. por Nogueira & Camargo, 2007, p. 851): “essa revolução na crença preparou o caminho para uma revolução ainda maior, representada pelo Romantismo, que rejeitou ao mesmo tempo a doutrina literal e histórica do Cristianismo, enquanto reteve uma crença tanto na bondade da humanidade como na espiritualidade que ligava a natureza do homem ao mundo natural”.

O autor refere que esta mudança histórica que estaria ocorrendo nas crenças da população ocidental pode ser confirmada em duas áreas: “...uma é em relação à crença em Deus ou no divino; a outra diz respeito à vida após a morte, ou mais corretamente, à relação desta vida com outras formas de existência” (1997, p.10 cit. por Nogueira & Camargo, 2007, p. 851). Utilizando pesquisas realizadas regularmente pelo Gallup após a Segunda Guerra Mundial, Campbell nos mostra que a percentagem da população da Grã-Bretanha que diz acreditar em Deus tem caído constantemente (Nogueira & Camargo, 2007). Para fundamentar esta hipótese, Campbell (1997, cit. por Nogueira & Camargo, 2007; Caes, 2009) baseado em pesquisas realizadas na Inglaterra, afirma que a percentagem da população da Grã-Bretanha que diz acreditar no deus criador e pessoal, característico da crença cristã tem sofrido um declínio e que em contraste tem se verificado simultaneamente um crescimento, ainda que pequeno, na crença em algum tipo de espírito ou força vital. No que se refere à outra área verifica-se que os estudos demonstram que houve um crescimento da crença na reencarnação na população da Grã-Bretanha e uma diminuição da crença no céu e no inferno por parte dessa mesma população. O resultado desses estudos isoladamente poderiam não significar uma mudança radical na estrutura das crenças da população da Grã-Bretanha e de outros países da Europa Ocidental, contudo quando analisados simultaneamente e perante o facto de que os regulamentos da fé cristã na sua forma tradicional são agora crenças minoritárias, esses resultados sugerem que “uma mudança significativa está ocorrendo, uma mudança que poderá significar a derrocada da teodiceia que tem dominado o pensamento ocidental por dois mil anos” (Campbell, 1997 cit. por Nogueira & Camargo Jr., 2007, p. 852).

Um outro indicador dessa mudança radical que está acontecendo no Ocidente é referente a uma corrente de pensamento imanente e mística minoritária existente no

cristianismo ocidental. Para essa corrente a vida religiosa seria uma busca pelo auto-perfeioamento – que substitui a ideia cristã de salvação – e valoriza a conquista de uma “consciência religiosa universal”. “Há, assim, a crença numa ‘escala de espiritualidade’ que atribui graus ao avanço da relação da alma com o divino, conceção que é necessariamente imanentista e nega o dualismo” (Campbell, 1997, p.11 cit. por Nogueira & Camargo, 2007, p. 852).

Para Campbell (1997 cit. por Caes, 2009; Nogueira & Camargo, 2007) movimentos internos à própria cultura ocidental, ou seja, movimentos oriundos de uma tradição cultural nativa do próprio Ocidente, tais como o Neopaganismo e a Nova Era seriam fatores facilitadores da Orientalização do Ocidente.

O Neopaganismo um movimento pela recuperação do passado pré-cristão, tanto europeu como americano, valoriza as culturas druídica, céltica e nórdica, no caso da Europa, e as culturas asteca, maia e das diversas populações indígenas no que se refere à América. Esse movimento, no qual as suas tradições religiosas são concebidas simultaneamente como panteístas e imanentes, se caracteriza por se apresentar como uma recusa ao Cristianismo tido como “essencialmente explorador, anti-natural e patriarcal” (Campbell, 1997, p. 13 cit. por Caes, 2009, p. 157).

O movimento denominado Nova Era é voltado para o futuro, apontando para o desenvolvimento progressivo do ser humano e da humanidade em geral, valorizando os valores progressistas de autodesenvolvimento e de auto-satisfação, constituindo deste modo uma “atitude essencialmente ‘neomística’ [...] que busca a salvação nas supostas profundezas da consciência humana” (Campbell, 1997, p. 14 cit. por Nogueira & Camargo, 2007, p. 853). Essa atitude segundo o autor poderia ser considerada uma forma hindu-budista de misticismo.

Por último o autor menciona o movimento Ambientalista no qual identifica não só o imanentismo, mas também uma visão holística e cósmica do homem e do planeta.

Contudo apesar de todos estes índices de evidência, Campbell é de opinião que estes não seriam suficientes para explicar a mudança de paradigmas. Para Campbell a tradição nativa Ocidental de carácter orientalista’ que facilitou a Orientalização apenas poderia explicar em parte esta mudança de paradigmas, tendo a ciência um papel essencial neste processo de Orientalização:



*“Para avaliar isso, precisamos reconhecer que os séculos XVIII, XIX e XX testemunharam um progresso no qual o surgimento da ciência serviu para minar, primeiro, a fé das pessoas na religião tradicional, apenas, em seguida, para esvair o otimismo relacionado à ciência e à tecnologia. Essencialmente, é essa sequência de eventos que explica por que o paradigma oriental tomou a dianteira. Pois a teodiceia oriental tem uma evidente vantagem sobre a ocidental tradicional na medida em que tanto é menos vulnerável ao ataque da ciência (visto que não é baseada em verdades literais, históricas), como é mais compatível com o pensamento moderno em sua aparente abertura e individualismo. Esse individualismo extremo, juntamente com o anti-dualismo e a relativização das pretensões de verdade, torna-a um alvo muito difícil para o ataque dos racionalistas e cientistas”.*

(Campbell, 1997, p.18 cit. por Nogueira & Camargo, 2007, pp. 853-854)

Para Campbell (1997, p.17 cit. por Nogueira & Camargo, 2007, p. 853), no entanto, já se deu efetivamente a substituição de uma teodiceia por outra, tendo tal sucedido na década de sessenta. Um conjunto de crenças essencialmente orientais foi adotado por uma “minorias significativa e influente que compunha a contracultura”. Contudo segundo o autor, “levou mais de trinta anos para que elementos relevantes do seu credo tivessem adesão entre a população como um todo” (1997, p.16 cit. por Nogueira & Camargo, 2007, p. 853).

No entanto, apesar disto tal não significa segundo o autor que o Ocidente se assemelha ou possa vir a se assemelhar a qualquer civilização oriental real (existente ou histórica), apenas significa que presentemente tem mais semelhanças com o Oriente. Contudo a nova visão do mundo, não será absoluta e hegemônica, esta se apresentará como “a cosmovisão "oposta" (seja como uma tradição minoritária ou desviante de pensamento) dentro de uma civilização na qual a outra predomina” (Campbell, 2007, p.45). No mundo da saúde tal pode ser visto no pluralismo terapêutico a que assistimos presentemente. Podemos então concluir que a tese de Campbell se torna pertinente ao demonstrar que, ainda que hipoteticamente, existiram condições socioculturais na sociedade Ocidental que levaram à irrupção das MAC. A tese de Campbell, apesar de nos parecer demasiado simplista e rígida, ao propor que uma nova teodiceia está aparentemente presente atualmente na sociedade Ocidental, poderá deslumbrar uma das hipóteses explicativas que permitiram a reemergência das Mac.

### 1.5.5 A contracultura

A reemergência das Medicinas Alternativas e Complementares integrou o movimento designado por contracultura (Souza & Luz, 2009; Pelizzoli, 2011). Contracultura foi o nome dado a um conjunto de manifestações culturais que surgiram principalmente nos Estados Unidos e Europa mas também América Latina, embora que de forma mais insignificante, na década de sessenta (Pereira, 1986, p. 13 cit. in Weber & Ferraz, 2016). A contracultura pode então ser definida como refere Pereira (1986) como “um conjunto de movimentos de rebelião da juventude (...) que marcaram os anos 60: o movimento hippie, a música rock, uma certa movimentação nas universidades, viagens de mochila, drogas, orientalismo e assim por diante. (...) Trata-se, então, de um fenómeno datado e situado historicamente” (cit. por Capellari, 2007, p. 5) ou como refere Capellari como “a representação dada a um conjunto de manifestações de repúdio ao *modus vivendi* predominante no Ocidente, por parte da juventude dos anos 60 e 70 do século passado, das quais resultaram algumas transformações socioculturais, ainda que nem sempre as defendidas por seus teóricos e apologistas” (2007, p. 7).

O surgimento dessas manifestações segundo Marcos Alexandre Capellari deve-se essencialmente aos seguintes fatores (2007, p.6):

*“1) O intenso desenvolvimento das especializações científicas e tecnológicas aplicadas à lógica capitalista, bem como a organização do Estado sob tais moldes, configurando o que foi denominado “tecnocracia”; 2) A consolidação de uma classe média urbana educada sob os princípios do individualismo narcisista; 3) O terror inspirado, no pós-guerra, por um possível confronto entre os poderes bélicos termo-nucleares de EUA e URSS; e 4) A difusão de doutrinas filosóficas, sociais, psicológicas e religiosas, do Ocidente e do Oriente, que propugnavam, explícita ou implicitamente, por uma alternativa em relação ao que se convencionou denominar establishment”.*

Nos EUA e na Europa, entre 1945 e 1970, após a Segunda Guerra Mundial, ocorreu uma expansão económica. Este período de grande prosperidade económica ficou conhecido como o “boom económico pós-guerra” ou “Era de Ouro do capitalismo”. O boom económico e industrial gerou um ideal de vida para a classe média marcado pelo consumismo – o American Way of Life (estilo de vida americano). O American Way of Life foi acompanhado pelo baby boom, uma explosão demográfica que se deu principalmente nas áreas urbanas. O crescimento económico exigiu empregados mais qualificados o que levou a que aumentasse o número de universidades e,

consequentemente, o número de universitários (Weber & Ferraz, 2016, p.408). Contudo do lado oposto ao modo de vida americano idealizado que se propagava através dos meios de comunicação (TV e rádio) surgia um grande “número de famílias que não seguiam o modelo ideal: divórcios, famílias com um só dos pais, nascimentos ilegítimos” (Weber & Ferraz, 2016, p.408). Para além disso pairava o perigo proeminente da guerra fria. Os limites do sistema capitalista são expostos. O mercado já não consegue satisfazer de forma plena o consumismo gerado, existindo para além disso uma parte da população, relegada à marginalidade, que não consegue sequer ter acesso a esse mercado consumista.

Neste cenário surge uma parcela da juventude desajustada com os valores culturais vigentes na sociedade, que não pretende seguir os ideias do american dream, não projeta construir uma carreira e formar uma família uma vez que tal não responde a seus anseios existenciais, nem lhes faz sentido frente à iminente possibilidade da hecatombe nuclear (Weber & Ferraz, 2016). Também não se identifica com os movimentos tradicionais de esquerda, entendendo que o socialismo vivido pela União Soviética acabava por ter os mesmos erros que o próprio capitalismo: “a tecnocracia, o autoritarismo, o desenvolvimento económico e tecnológico acima de valores humanos” (Weber & Ferraz, 2016, p.408). A tecnocracia, - “aquela forma social na qual uma sociedade industrial atinge o ápice” - é verificável no sistema capitalista desenvolvido, assim como na organização socialista da sociedade (Roszak, 1984, p.19). Para Herbert Marcuse (2010) a sociedade capitalista tecnocrática ao aumentar o nível socioeconómico das populações possibilitou por um lado a integração social das diferentes classes sociais que passam a ter um estilo de vida orientado para o consumo, e por outro lado ao conseguir que o ser humano em troca de vantagens materiais interiorizasse a coação externa, criou seres sociais apáticos em relação às tomadas de decisões, com a consequente limitação da consciência, nomeadamente no que se refere à consciência da própria coação. A classe operária ao estar integrada socialmente deixa deste modo de representar, nas sociedades industriais, ameaça ao establishment (Marcuse, 2010). O movimento juvenil revolta-se, então, contra essas sociedades capitalistas e socialistas tecnocráticas que baseadas na hierarquização do poder que no seu entender reproduzia a estrutura social que pretendiam superar, tinham em comum o princípio totalitário (Marcuse, 2010). A juventude revoltava-se contra o poder que se

*“manifestava em todas as formas de hierarquização, cujos postos dominantes eram ocupados pela geração mais velha, quer como pai de família, patrão, professor ou como*

*líder partidário. Uma geração que, aos olhos desses jovens, manifestava a sua dominação não apenas em gestos genuinamente políticos, como também em seu cotidiano. Razão pela qual tornava-se imperativo não apenas a recusa em relação às estruturas de poder mais visíveis, como a do Estado, a dos partidos ou mesmo a da universidade, como também, e sobretudo, em relação ao modus vivendi ocidental, no qual a dominação era exercida de forma sub-reptícia nas relações cotidianas e na estrutura psíquica individual” (Capellari, 2007, p.25)*

Tanto o modelo político capitalista como o socialista que tinham subjacente a repressão política, entendida como a chave da dominação da exploração de classes, foram construídos sobre os pilares da civilização ocidental que tinha presente nos seus costumes, nos seus tabus, na sua educação e na própria configuração psíquica de cada indivíduo a repressão “representada pela coação externa, por parte da família, da escola e do Estado, e interna, por parte das engrenagens psíquicas comandadas pelo superego” (Matos, 1968 cit. por Capellari, 2007, p.25 ). O superego, tendo por base as concepções da psicanálise, ao ser compreendido como controlado pela razão e “...agente repressor internalizado pelo Sistema” (Capellari, 2007, p.17) revela ter um papel preponderante na civilização pois como afirmava Freud, é ele que torna possível a civilização que representava por um lado o pleno desenvolvimento das capacidades produtivas e por outro “a exploração da força de trabalho, da inventividade, da fé, dos gostos e das vidas” (Capellari, 2007, p.30). A escolha de muitos jovens foi a recusa, a rebelião contra uma sociedade vigente, dando-se deste modo “o nascimento da contracultura, da militância radical levada a efeito pelos renegados daquele sistema de aparente abundância para todos” (Silva, 2015, p. 18). É a “recusa ao modo de vida ocidental, à forma de pensamento, à forma mesma de contestação, aos partidos políticos, aos valores ocidentais” (Grande Recusa de Marcuse cit. por Carvalho, 2008, p. 26). Era a rutura com visão de mundo ocidental que assentava em doutrinas que opunham homem e natureza, alma e corpo, espírito e matéria e das quais sucediam todos os males económicos, sociais e políticos que cunhavam a história do Ocidente. Era a recusa da razão que exercia controle sobre todas as esferas da ação humana compreendendo-se deste modo a adesão a doutrinas e práticas religiosas orientais, tais como o budismo, o taoísmo e o hinduísmo, religiões em que a natureza é divina e Deus é imanente e que manifestavam desta forma a negação dos valores ocidentais, entre os quais os de origem judaico-cristã, onde Deus é ontologicamente distinto de sua criação, é o criador. Com base nos princípios de imanência nos quais não existem as oposições homem/natureza, espiritual/físico,

corpo/mente desperta uma nova consciência ética, uma nova mentalidade, uma nova forma de vida sendo deste modo na falta da “sincronia com o referencial de mundo que inicialmente deu origem a essa perspectiva” reinventado um universo oriental (Nogueira e Camargo, 2007, p. 859). Dando então origem ao movimento New Age de que falaremos posteriormente ou então, levando ao surgimento da hipótese teórica de Orientalização do Ocidente defendida por Campbell (1997).

Com a contracultura os valores tradicionais de unidade da vida e de integração do homem com a natureza revestem-se de nova importância. Na contracultura os conceitos de saúde e doença, alma, espírito e corpo são reinventados transformando perspectivas, dando origem a novos paradigmas da saúde, e fazendo reemergir o que se encontrava oculto como é o caso das Medicinas Alternativas e Complementares. Na contracultural, “alma” e “espírito” (ou “eu”), noções oriundas do pensamento grego e escolástico-medieval, recuperam seu papel de relevo perante “a supremacia da noção de “corpo” como mecanismo e forma viva” passando o ser humano a ser “«alma» e «espírito» que habita um corpo vivo (isto é, movido por uma energia viva imaterial)” e não “apenas uma forma viva mecânica movida à energia produzida ao nível biomolecular – como passou a ser visto a partir do século XIX” (Pelizzoli, 2011, pp. 141-142). Na contracultura “curar”, mais que prescrever medicamentos, realizar cirurgias ou utilizar técnicas de diagnóstico e identificar a patologia, consiste em ver a patologia que se mostra no “tempo vital” do indivíduo, ou seja, consiste em “se mudar o tempo e o projeto vital do indivíduo” (Pelizzoli, 2011, p.143). Deste modo é possível perspectivar que surge no seio da dita medicina científica ou biomedicina um novo olhar clínico ou como defendem alguns autores percebe-se no horizonte a emergência de um novo paradigma.

É neste cenário da contracultura, em que as noções de saúde, doença, corpo, alma e espírito se reinventam e o naturismo que significa a recusa da medicina especializada e tecnificada por ser invasiva e iatrogénica, e afirma a força curativa da natureza (Luz, 1996, p.274), que a reemergência das Medicinas Alternativas e Complementares se dá no seio desta “contracultura” que transformou perspectivas teóricas e reinventou conceitos. Esta reemergência das MAC surge como consequência de uma estratégia revolucionária da juventude que consistia em parte “na importação de sistemas exógenos de crença e orientações filosóficas orientais, que serviram de fundamento para a construção de um corpo ideológico de orientações práticas” (Souza & Luz, 2009, p.394). As MAC surgem deste modo como práticas congruentes com essas orientações ao afirmarem e

materializarem sua ideologia numa práxis (Luz, 1997; Barros, 2000; Nascimento, 1997 cit. por Souza e Luz, 2009, p.394). As MAC são então símbolo de uma revolução cultural da juventude (Souza e Luz, 2009) que passou mais do que a debater “a viver os novos ideais, rompendo com os padrões culturais vigentes e aderindo a um novo *modus vivendi*, concebido como libertário, batizado de contracultural, e de carácter cismático em relação à cultura ocidental” (Capellari, 2007, p. 17).

Numa outra abordagem o surgimento das MAC é visto como resposta holística ao individualismo presente de forma hegemónica na sociedade no período histórico do movimento da contracultura. No período histórico da vigência da contracultura, na sequencia da ameaça de desintegração do próprio tecido social pelo individualismo, o holismo torna-se necessário, tendo tal necessidade se manifestado em diversos movimentos sociais tais como o movimento ecológico-ambientalista que defende a reinserção do homem na ordem da natureza, o movimento feminista como processo de revalorização do feminino através de parâmetros não ditados pelo masculino, e na saúde pela procura de práticas alternativas de terapias fundamentadas em valores e conceções holístico-integrativas (Souza & Luz, 2009).

### **1.5.6 Movimento Nova Era ou New Age**

A Nova Era ou New Age foi um movimento que teve início entre os anos 1960 e 1970 nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, nos estratos sociais medio e médio-alto, sob a influencia da contracultura, assim como das práticas ocultistas e teosóficas que revelavam alguma notoriedade na Europa durante esse período (Leal, 2019; Morotto, 2007).

Magnani (2000, p.23 cit. por Leal, 2019, p.24) de forma muito sucinta, mas bastante completa descreve as origens do movimento nova era:

*“o movimento Nova Era possui suas raízes nas práticas ocultistas europeias, rearranjadas juntamente com o transcendentalismo americano do século XIX, e na teosofia desenvolvida por Helena Blavatsky, Henry S. Olcott e Annie Besant. Com o advento do movimento de contracultura e o conseqüente aumento do fluxo entre Oriente e Ocidente, com a “invasão dos gurus” no mundo ocidental, juntamente com suas filosofias orientais, ou de inspiração oriental, o movimento toma feições mais claras, que se delineiam ainda mais com a infiltração dos discursos científicos (ou pseudocientífico*

*como colocam alguns), tendo como um dos marcos a publicação de O Tao da Física (1974), de Fritjof Capra.”*

O movimento Nova Era, apresenta-se como um conceito tão abrangente, com fronteiras nebulosas e múltiplas nuances, em que a delimitação objetiva do seu domínio e práticas é tão complexa e difícil, que tal como afirma Leal (2019, p.26) se torna mais fácil defini-lo pelo que não é: “não é uma religião, não possui textos sagrados, líderes ou organização formal”. Contudo este pode também ser definido de forma mais completa como

*“um movimento amplo e múltiplo constituído por práticas, crenças e novas espiritualidades em interconexão segundo novas formas de organização, visando uma transformação pessoal e planetária. Organiza-se em torno dos valores de contracultura, de uma nova “espiritualidade” e uma nova ‘consciência universal’ (Leal, 2019, p. 27)*

ou como descreve Harguindeguy (2006, p.14)

*“como uma combinação de diferentes ideias e práticas de sistemas de crenças altamente privatizados (Bailey JR, 1978; Adler, 1986; Melton et al., 1990; Kelly, 1992; Neitz, 1994), privatização que inclui aceitação fragmentária e a possibilidade de negação de conceitos gerais, um processo que Lewis (1992: 7) qualifica como individualismo epistemológico. Essa mesma perspectiva permite a Gutiérrez Zúñiga (2000, p. 353) considerá-los como pós-modernos, no sentido de que os indivíduos legitimam seu próprio arcabouço”.*

No que se refere ao campo de saúde, área de interesse para o nosso trabalho poderia ser definido, então, como “um sistema de autocuidado para a saúde física e mental, vinculado a um sistema de representações sobre a saúde e a doença, do corpo e da mente, mas que utiliza toda uma construção teórica que fundamenta e integra diferentes práticas. Essa fundamentação teórica é a parte que busca superar a tendência ao consumo isolado e construir um discurso unificador, que possibilite aos consumidores ingressar em um grupo mais ou menos sistemático” (Harguindeguy, 2006, p.14).

O movimento Nova Era torna-se revelante para o nosso estudo por dois motivos: a) Primeiro porque foi um veículo para as medicinas alternativas e complementares ao influenciar tanto a formação de conceitos e valores como as próprias práticas quotidianas. Tal como refere Campbell o movimento Nova Era pode ser compreendido como agente

facilitador no processo de orientalização da sociedade ocidental, designadamente no que se refere ao campo da saúde das práticas de medicina alternativa e complementar;

b) Segundo porque como poderemos constatar posteriormente este movimento espiritual teve grande impacto nas práticas de saúde alternativas praticadas no nosso país.

Para melhor elucidar esse impacto e o cariz espiritualista que a prática dessas medicinas alternativas manifestou em Portugal apresentamos uma breve síntese das principais características relativas à saúde desse movimento e que segundo alguns autores regem o conhecimento terapêutico alternativo (Collin, 2003 cit. por Harguindeguy, 2006).

Na Nova Era o indivíduo é visto de forma holística, sendo considerado “uma unidade que integra o corpo, a mente, o espírito e o cosmos” (Harguindeguy, 2006, p.15). O indivíduo é visto como um ser complexo constituído por corpo-mente-alma elementos interdependentes, em que o mal estar numa destas partes interfere no indivíduo como um todo (Leal, 2019). Por exemplo se existirem pensamentos e sentimentos frequentes negativos, estes vão ter capacidade de interferir no bem-estar físico, mental e espiritual do indivíduo (Leal, 2019).

No movimento Nova Era, tal como na Teosofia acredita-se numa conceção espiritual genérica (não existe um Deus particular), na possibilidade de estabelecer contacto com o “além” com seres espirituais e na teoria da evolução da consciência (Harguindeguy, 2006).

A Divindade pode ser denominada por diferentes nomes, sendo compreendida como energia universal criadora de tudo, que não castiga, respeita o livre arbítrio de cada indivíduo e ama incondicionalmente o ser humano. Acredita também que partindo da crença bíblica de que o “homem é imagem e semelhança de Deus”, todos os seres humanos têm essa divindade dentro de si mesmos, sendo também deuses (Leal, 2019, p. 31). Segundo a ontologia da Nova Era o ser humano está sujeito a um processo evolutivo, no qual em paralelo com a evolução da biologia, existe uma evolução da consciência que se deu através de diferentes etapas evolutivas do ser humano. O ciclo do homem (constituído por três estágios: 1.º Estágio humanóides; 2.º Estágio Homem das cavernas; 3.º Estágio Homem atual - o estágio que estamos vivendo atualmente) estaria terminando, estando o homem a evoluir para uma nova forma. Cada um destes estágios corresponde a uma diferente forma de consciência. O quarto estágio consiste na evolução da consciência para uma forma na qual o ser humano adquiriu o poder de transmutação, a



sabedoria, o conhecimento da verdade, a paz interior, a alta sensibilidade e o amor universal. (Harguindeguy, 2006, p.16). Presentemente, no entanto, nem todos os seres humanos se encontram no mesmo estágio evolutivo e no mesmo nível de consciência. Cada ser humano deste modo viveria a sua vida de acordo com esse nível evolutivo em que se encontra. Os seres humanos que conseguiram alcançar esse nível evolutivo assumem o papel de guias (Harguindeguy, 2006). A Nova Era compreende, então, os sistemas de saúde alternativos através da crença na existência de mundos paralelos, de seres multidimensionais, tais como mestres, guias, espíritos, extraterrestres, anjos, entre outros, e na existência da possibilidade que todo o indivíduo tem de se conectar (esta capacidade latente em todos os seres humanos têm apenas que ser despertada) com outros mundos paralelos através de canais através dos quais os mundos ou planos existenciais se comunicam. Aqueles que praticam terapias alternativas, numa espécie de magia, seriam deste modo, apoiados por auxiliares terapêuticos do “além”. Tal poderia acontecer como refere Harguindeguy (2006) através de uma espécie de “posse”, na qual esse dito auxiliar terapêutico que seria por vezes um famoso médico do passado (já morto) exerce seus conhecimentos nas mãos do terapeuta que está exercendo a terapia alternativa ou através de uma “presença espiritual que fica de lado e orienta ou inspira”. Para além disso existiriam

*“...seres angelicais beatíficos (Lara Klahr, 2000), que, como ajudantes pessoais, ajudam não só os iniciados, mas também as pessoas que sabem aceitá-los. Os anjos que transmitem mensagens e ajudam na vida cotidiana da existência são atribuídos aos poderes do cosmos (Rothhirsch, 2002), aos espíritos de curandeiros pré-existentes, ou outras figuras de diferentes origens. (...) Esses seres têm a possibilidade de se comunicar, pois já possuem capacidade de transmutação, além de sabedoria, paz e outros atributos. A possibilidade da existência de dimensões paralelas é explicada a partir da cosmologia (Collin, 2003). Auxiliares, anjos ou alters de outras dimensões são capazes de transmitir sistemas de cura completos, incluindo explicações etiológicas e sistemas de cura”. (Harguindeguy, 2006, p.17)*

No que se refere à etiologia das doenças, estas podem ser físicas e espirituais. As físicas são causadas por má alimentação, poluição e stress (Harguindeguy, 2006, p.17). As doenças espirituais são causadas ora por um chakra ora por causas cármicas (estas são incuráveis). As terapêuticas de cura podem deste modo passar pela alimentação, exercícios e meditação com o objetivo de combater os efeitos da má alimentação, poluição e stress ou por terapias “que usam a transmissão de energia, como Polaridade e

Reiki, que atendem às interferências com os chakras” (Harguindeguy, 2006, p.17). Nas doenças físicas a terapêutica tem como finalidade a harmonização ou a restituição do fluxo de energia de forma a repor o equilíbrio sendo para isso realizadas dietas adequadas. Relativamente às doenças incuráveis causadas pelos cármicos é utilizada como terapia a psicanálise que tenta encontrar a origem de enfermidades atuais em vidas passadas, tornando-se possível por vezes através da lembrança do acontecimento que foi o motivo da doença a cura (Harguindeguy, 2006, p.17). Noutras situações é antes utilizada a expiação sendo então necessário ter uma vida diferente daquela da existência passada (Harguindeguy, 2006, p.17). Estas terapias, para além disso, recorrem a forças auxiliares cósmicas ou atos próximos à magia, como o uso de cristais ou amuletos, o que leva alguns autores a classificá-las como neopagãos (Melton et al., 1990 cit. por Harguindeguy, 2006).

Face ao exposto podemos concluir que o movimento Nova Era com um conhecimento de cariz espiritualista e a nosso ver até mesmo esotérico, onde impera o relativismo<sup>44</sup>, bastante distinto do conhecimento científico da medicina ortodoxa, enquanto movimento cultural da contracultura teve a capacidade de transformar valores, representações sociais e práticas quotidianas. O movimento Nova Era teve desta forma um impacto na difusão das medicinas alternativas e complementares nos EUA e na Europa na década de 1970 enquanto meio alternativo a um estilo de vida vigente na época baseado em valores tradicionais patriarcais, católicos e racionais em que a verdade e o conhecimento absoluto reiterado pela ciência, a religião e o Estado dominavam a sociedade ocidental de forma hegemónica. Cada indivíduo tinha desta forma a possibilidade ao integrar este movimento de decidir de forma privada em que acreditava e o que praticava, de seleccionar livremente as suas crenças e práticas religiosas ou de cura dentro de um leque imenso de filosofias, ideologias e sistemas ora orientais ora ocidentais, sem se sentir coagido a aceitar ou a professar um único sistema ideológico, mas tal como um pintor a escolher diferentes cores, designadamente com a possibilidade de escolher simultaneamente cores orientais, cristãs ora pagãs ou outras, para pintar o seu quadro segundo os seus interesses e perspetivas pessoais.

---

<sup>44</sup> “As diferenças são expressões provisórias da mesma realidade essencial divina. Todas as religiões são portanto verdadeiras e a distinção entre certo e errado é extremamente fluida”. (Guerriero et al., 2016, p. 26)

### 1.5.7 O papel das ciências sociais

Por último abordaremos a importância que as ciências sociais tiveram na legitimação e aceitabilidade social das medicinas alternativas e complementares. As ciências sociais, que à partida enquanto disciplina científica se requerem imparciais e objetivas, tiveram um papel fundamental no processo de legitimação e aceitabilidade social das medicinas alternativas e complementares como será demonstrado pelo que se torna relevante apresentar, ainda que sinteticamente, este tema enquanto fator explicativo da ascensão destas práticas terapêuticas.

Segundo Coulter e Willis (2007) nas ciências sociais existem duas áreas de estudos que se revelam bastante relevantes para o processo de aceitabilidade das medicinas alternativas e complementares:

- A área de estudos em que sociólogos e outros cientistas sociais fazem uma crítica ao domínio médico. O tema de estudo “profissionalismo”, entendido como um processo ideológico e político que tinha como finalidade o domínio económico e a proteção da própria classe profissional mais que o interesse público (Friedson, 1970 cit. por Coulter & Willis, 2007), levou ao estudo da profissão médica como uma extensão da classe capitalista (Larson, 1977 cit. por Coulter & Willis, 2007) e na área das medicinas alternativas e complementares a investigações, sobre a dominação médica, que tinham como objetivo analisar os ataques da medicina para impedir que estas práticas invadissem o seu território profissional (Coulter & Willis, 2007). Os trabalhos de Willis (1989) e de Coburn e Biggs (1986) citados por Coulter e Willis (2007), assim como o de Mike Saks (2005) são exemplos disso. Os estudos realizados sobre profissões, designadamente em sociologia o trabalho de Parsons e outros autores sociais tais como Michel Foucault, que reconhecem o papel da medicina no controle social, ou seja, a medicalização, assim como os estudos que afirmam que as críticas realizadas pelos profissionais de medicina são um meio para conseguir o interesse da classe profissional e não necessariamente o interesse do paciente contribuíram, deste modo, para o processo de mudança social que as medicinas alternativas e complementares sofreram (Coulter & Willis, 2007).

- A área de estudos que se dedica cada vez mais a estudar e analisar as várias terapêuticas das medicinas alternativas e complementares. Vários estudos foram realizados sobre as medicinas alternativas e complementares, tanto na antropologia em que numerosos estudos etnográficos foram feitos, tais como o de Cowie e Roebuck (

1975 cit. por Coulter & Willis, 2007), como na sociologia. Estes estudos permitiram que as medicinas alternativas e complementares deixassem de ser vistas como estranhas na sociedade e passassem aos poucos a ser compreendidas dentro dos seus próprios termos. Coulter e Willis (2007) referem que os estudos sociológicos sobre quiropraxia podem ser um exemplo demonstrativo de como tal sucedeu ao longo do tempo. Inicialmente os estudos sobre a quiropraxia eram sobre a sua marginalidade e realçavam os seus aspetos negativos. Walter Wardwell (1952, 1955, 1962) da década de 1950 até à década de 1970 realizou vários trabalhos sociológicos sobre o papel marginal e desviante que os profissionais da quiropraxia desempenhavam relativamente à medicina, tendo criado o termo de quiropráticos (Coulter & Willis, 2007). Na área da antropologia também predominava uma perspetiva negativa e desviante sobre a quiropraxia como o demonstra Cobb (1977 cit. por Coulter & Willis, 2007, p.221) que afirmava que “a teoria quiroprática da causalidade da doença não tem validade científica”. Posteriormente tal perspetiva negativa começa a mudar como é possível constatar com a publicação de um Simpósio Sociológico (1978 cit. por Coulter & Willis, 2007, p.221) que revela que ocorreram três mudanças importantes nas ciências sociais:

*“Primeiro, as primeiras teorias sobre a quiropraxia foram examinadas com relação aos dados de utilização (Schmidt 1978). Em segundo lugar, foram feitas perguntas sobre se a marginalidade da não era de facto uma marginalidade política (Wild 1978) e se ainda era um termo apropriado. Em terceiro lugar, os escritores sugeriram, pela primeira vez, que a quiropraxia pode realmente representar um paradigma alternativo distinto (Nofz 1978)”.*

A edição especial sobre a Sociologia da Quiropraxia no Journal of Manipulation and Physiologic Therapeutics, em 1991, por sua vez vem demonstrar o quanto essa mudança foi significativa entre os cientistas sociais, como é possível verificar no trabalho de Willis (1989 cit. por Coulter & Willis, 2007, p.221) sobre a dominação médica, centrado nas tentativas políticas da medicina de excluir a quiropraxia, ou no trabalho de Coulter (1991 cit. por Cutler & Willis, 2007, p.221), que prioriza especificamente a ideologia e hegemonia.

Os autores demonstraram com o exemplo dos quiropráticos que sociólogos e antropólogos tiveram um papel relevante na ascensão das medicinas alternativas e complementares ao por um lado contribuírem com suas críticas à biomedicina para enfraquecer o domínio médico, possibilitando que estas prática desafiassem a

biomedicina e por outro lado a “sua crescente representação de grupos de medicinas alternativas e complementares como paradigmas alternativos legítimos também contribuiu diretamente para o processo de legitimação das medicinas alternativas e complementares nas mentes do público e dos pacientes” (Coulter & Willis, 2007, p.222).

Face ao exposto é pertinente que os cientistas sociais tomem consciência do papel que desempenham no processo de mudança social. Este artigo dos autores Coulter e Willis (2007) revela-se bastante pertinente porque demonstra que a reemergência das medicinas alternativas e complementares é produto de um processo histórico determinado não só por fatores económicos, sociais e políticos, mas também científicos ou académicos. Por isso é nosso parecer que tal abordagem se reveste de fundamental importância para a compreensão da ascensão das medicinas alternativas e complementares. Para além disso permite que façamos uma análise crítica ao nosso próprio trabalho que não deixa de estar impregnado dos nossos próprios interesses e opiniões. Para concluir não podemos deixar de dizer que devido aos próprios objetivos do nosso trabalho não nos é possível elaborar uma análise mais completa sobre o papel das ciências sociais na reemergência das medicinas alternativas e complementar apesar de tal poder ser bastante relevante para o tema e carecer atualmente de investigações. Cingimo-nos deste modo ao artigo dos autores referidos que nos pareceu conseguir dar uma visão geral do papel desempenhado pelas ciências sociais.

## **Capítulo II - A Organização Mundial de Saúde, a União Europeia e as Medicinas Alternativas e Complementares**

### **2.1 A Organização Mundial de Saúde e as Medicinas Alternativas e Complementares**

A Organização Mundial de Saúde, “autoridade responsável pela saúde pública no sistema das Nações Unidas”<sup>45</sup>, que iniciou atividade a 7 de abril de 1948 com a entrada em vigor da sua Constituição, aprovada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York, de 19 de junho a 22 de julho de 1946, e assinada em 22 de julho de 1946, que tem como objetivo “a obtenção para todos os povos do mais alto nível de saúde possível”<sup>46</sup> e da qual Portugal é membro, teve um papel, bastante relevante no Processo de Regulamentação das TNC em Portugal.

A medicina tradicional, termo elegido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para designar as medicinas alternativas e complementares, tem sido promovida por esta organização ao longo de décadas, incentivando os vários países membros a adotar políticas e a implementar planos de ação que fortaleçam o papel destas práticas de saúde na manutenção da saúde das populações<sup>47</sup>. Este objetivo da OMS tem sido atingido através da elaboração de um conjunto de diretrizes sobre a segurança, eficácia e qualidade destas práticas de saúde, a regulamentação das MAC, a investigação e estudos científicos, e o acesso dos consumidores a estas terapêuticas, assim como de documentos de orientação estratégica, nos quais é descrita a situação das MAC a nível mundial por um lado e por outro são realizadas recomendações com a finalidade de reforçar os contributos destas terapêuticas para a saúde.

A 30<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, realizada pela OMS em 1977, deu início ao movimento “Saúde Para Todos no Ano 2000”. A Organização Mundial de Saúde em setembro de 1978, no âmbito desse movimento, realizou a 1.º Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, na cidade Alma-Ata da República do Cazaquistão, que expressava “a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo”<sup>48</sup>. A Conferência Internacional sobre

---

<sup>45</sup> Citação retirada do site da Organização Mundial de Saúde: <https://www.euro.who.int/en/about-us/organization>

<sup>46</sup> Constitution of the World Health Organization (1989)

<sup>47</sup> Informação que pode ser confirmada no site da Organização Mundial de Saúde: [https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab\\_3](https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_3)

<sup>48</sup> Declaração de Alma-Ata

“Cuidados Primários de Saúde” deu origem ao documento síntese designado “Declaração de Alma-Ata” que se revelou um marco importante não só para o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde a nível mundial como para a medicina tradicional ao salientar que os cuidados primários de saúde se baseiam não só nos profissionais de medicina convencional mas também “...em praticantes tradicionais, conforme seja necessário, convenientemente treinados para trabalhar, social e tecnicamente ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade”<sup>49</sup>, tendo sido desta forma pela primeira vez reconhecida oficialmente a importância da medicina tradicional e seus praticantes nos cuidados primários de saúde pela OMS e seus Estados Membros.

A Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde, desde a década de 60 que emite resoluções sobre as MAC que instigam os Estados Membros a regulamentar os seus sistemas médicos tradicionais, a garantir o controle e qualidade na produção de medicamentos derivados de remédios tradicionais de plantas, a promover a formação e ensino destas práticas de saúde, assim como a investigação científica e tecnológica destas terapêuticas e das plantas e produtos medicinais utilizados por estas.

As resoluções WHA22.54-“Estabelecimento da produção farmacêutica de julho de 1969, WHA30.49 “Promoção e desenvolvimento da formação e investigação em medicina tradicional” de maio de 1977, WHA40.33 “Medicina tradicional” de maio de 1987, WHA41.19 “Medicina tradicional\_e plantas tradicionais” de maio de 1988, WHA42.43 “Medicina tradicional e cuidados de saúde modernos” de maio de 1989, e WHA44.34 “Medicina tradicional e cuidados de saúde modernos” de maio de 1991, WHA56.31 “Medicina Tradicional” de maio de 2003, incitam os Estados Membros, a entre outras medidas:

- “-Darem a devida importância ao uso de seus sistemas médicos tradicionais com regulamentos apropriados e em consonância com seus sistemas nacionais de saúde;*
- Usar de maneira ideal os profissionais de seus sistemas tradicionais de medicina primária à saúde, sempre que possível e apropriado;*
- Iniciar programas abrangentes para identificação, avaliação, preparação, cultivo e conservação de plantas medicinais utilizadas na medicina tradicional;*

---

<sup>49</sup> Declaração de Alma-Ata

- *Garantir o controle de qualidade de medicamentos derivados de remédios tradicionais de plantas, usando técnicas modernas e aplicações de padrões e boas práticas de fabricação;*
- *Fazer uma avaliação de seus sistemas tradicionais de medicina;*
- *Fazer um inventário sistemático e avaliação (pré-clínica e clínica) das plantas medicinais usadas pelos praticantes tradicionais e pela população;*
- *Identificar quais as plantas medicinais, ou remédios derivados, com eficácia/efeito satisfatório que devem ser incluídos no formulário nacional ou na farmacopeia;*
- *Explorar as maneiras pelas quais os praticantes tradicionais podem ser usados para estender a cobertura dos cuidados de saúde primários;*
- *Intensificar as atividades que conduzam à formação entre especialistas que fornecem medicina tradicional e saúde, respetivamente, especialmente no que diz respeito ao uso de remédios tradicionais cientificamente comprovados, seguros e eficazes para reduzir os custos nacionais de medicamentos;*
- *Introduzir medidas para regulação e controle dos métodos de acupuntura;*
- *Quando apropriado, formar e implementar políticas e regulamentos nacionais sobre medicina tradicional e complementar e alternativa em apoio ao uso adequado de medicina convencional, e sua integração nos sistemas nacionais de saúde...;*
- *Incentivar a colaboração entre universidades, serviços de saúde, instituições de treinamento e organizações internacionais na avaliação das formas tradicionais de tratamento médico e sua aplicação, quando indicado, nos cuidados de saúde modernos;*
- *Promover e apoiar, se necessário e de acordo com os países, fornecimento de treinamento e, se necessário, reciclagem de praticantes de medicina tradicional e de um sistema para a qualificação, acreditação ou licenciamento de praticantes de medicina tradicional<sup>50</sup>.*

A Organização Mundial de Saúde tendo em atenção que o uso das MAC tinha aumentado não só nos países em desenvolvimento mas também nos países desenvolvidos, e que questões relacionadas com a segurança, eficácia, qualidade, disponibilidade, preservação destas práticas de saúde se colocavam aos “formuladores de políticas, profissionais de saúde e ao público” (WHO, 2002, p.1) publica em 2002, a primeira estratégia global de medicina tradicional da OMS, nomeadamente a “Estratégia da OMS para Medicina Tradicional 2002–2005” na qual define o seu papel na MT/CAM<sup>50</sup>.

---

<sup>50</sup> Adoto na tradução a sigla utilizada pela OMS “Complementary and Alternative Medicine” (CAM).



A Estratégia de Medicina Tradicional 2002–2005 da OMS desenvolve “uma estrutura para a ação da OMS e seus membros” de forma a que as MT/MAC desempenhem “um papel muito maior na redução do excesso de mortalidade e morbidade, especialmente entre as populações mais pobres” (WHO, 2002, p.5). A estratégia apresenta deste modo quatro objetivos:

- “- Política - integrar MT/CAM nos sistemas nacionais de saúde, desenvolvendo e implementando políticas e programas nacionais em MT/CAM;*
- Segurança, eficácia e qualidade - promovendo a segurança, eficácia e qualidade da MT /CAM, difundindo o conhecimento básico sobre a MT/CAM e oferecendo diretrizes sobre normas e padrões para garantia de qualidade;*
- Acesso - aumentar a disponibilidade e acessibilidade da MT/CAM, conforme apropriado, enfatizando o acesso para as populações pobres;*
- Uso racional - encorajar terapeuticamente o uso robusto apropriado da MT/CAM por fornecedores e consumidores”. (WHO, 2002, p.5)*

Posteriormente a Assembleia Mundial da Saúde da OMS incita os Estados Membros a adotar a Estratégia de Medicina Tradicional 2002–2005 da OMS na resolução WHA56.31 “Medicina Tradicional” de maio de 2003.

Nos dias de 7 a 9 de novembro de 2008 em Pequim, na China, realiza-se o primeiro Congresso da OMS sobre Medicina Tradicional, organizado pelo Ministério da Saúde e pela Administração Estatal da Medicina Tradicional Chinesa do Governo da China, em colaboração com quatro organizações não governamentais (ONGs) com relações oficiais com a OMS: a World Self-Medication Industry (WSMI), a World Federation of Acupuncture-Moxibustion Societies (WFAS), a International Pharmaceutical Federation (FIP) e a World Federation of Chiropractic (WFC) (WHO, 2008<sup>51</sup>). Neste Congresso foi adotada pelos Estados Membros da OMS a “Beijing Declaration”. Este documento, elaborado durante o congresso, tinha como objetivos promover o uso seguro e eficaz da medicina tradicional e incentivar os Estados Membros da OMS a integrar a medicina tradicional/MAC nos sistemas nacionais de saúde (WHO, 2008).

Em 22 de maio de 2009 a Assembleia Mundial de Saúde da OMS com a resolução WHA62.13 “Medicina Tradicional” solicita ao Diretor Geral da Organização Mundial de

---

<sup>51</sup> Na referência bibliográfica será utilizada a sigla WHO (World Health Organization), tendo em atenção o original.

Saúde a atualização da “Estratégia Medicina Tradicional 2002-2005. Em resposta à resolução WHA62.13 “Medicina Tradicional”, a OMS apresenta a “Estratégia de Medicina Tradicional para 2014-2023”.

A “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023” por um lado realiza uma reavaliação da Estratégia de Medicina Tradicional 2002-2005 da OMS, desenvolvendo-a, e por outro lado define qual a direção que a Medicina Tradicional e Complementar (MTC) deve tomar para a próxima década (WHO, 2013). Para além disso realizou uma análise descritiva generalista da situação da MTC no mundo a nível da regulamentação de produtos, de práticas e de profissionais das MTC, do acesso universal a produtos, práticas e profissionais das MTC, da integração das MTC nos sistemas nacionais de saúde, da utilização de produtos, práticas e profissionais das MTC, do ensino universitário das MTC, etc.

A “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023” tinha como finalidade atingir duas grandes metas: 1. apoiar os Estados Membros a beneficiar do potencial que as MTC poderiam dar à saúde e ao bem-estar dos indivíduos; 2. Apoiar os Estados Membros a “promover o uso seguro e eficaz da MTC por meio da regulamentação, avaliação e integração de produtos, práticas e profissionais da MTC nos sistemas de saúde, conforme apropriado” (WHO, 2013, p. 57). Estas duas metas seriam atingidas através de três objetivos estratégicos:

- Construir a base de conhecimento para a gestão ativa da MTC através de políticas nacionais apropriadas;

- Regular os produtos, práticas e profissionais da MTC de forma a fortalecer a sua qualidade, segurança, uso adequado e eficácia;

- Promover a cobertura universal de saúde por meio da integração dos serviços da MTC no autocuidado de saúde e nos sistemas nacionais de saúde (WHO, 2013, p.44).

A “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023” foi incentivada a ser adotada pelos Estados Membros através da resolução “WHA67.18 Medicina tradicional de maio de 2014”. Para além disso desde a publicação da “Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2014-2023”, em 2013, até à data presente, muitas foram as resoluções da Assembleia Mundial de Saúde que incitaram os Estados Membros a

promoverem o uso das MTC, a investigação científica das MTC, a criação de políticas nacionais que visem a sua regulamentação e integração nos sistemas nacionais de saúde.

Podemos concluir que a OMS nas últimas décadas, tendo como um dos seus principais objetivos o acesso equitativo e universal a todos os povos de uma melhor saúde, tem promovido o uso das MTC nos cuidados primários de saúde e a sua regulamentação e integração nos sistemas nacionais de saúde.

As diretrizes orientadoras da OMS tiveram um impacto efetivo na legislação nacional referente às MAC como podemos verificar no Capítulo V, tendo contribuído para que a regulamentação das MAC em Portugal se concretizasse. Os vários Grupos Parlamentares com assento na Assembleia da República ao longo de todo o processo de regulamentação das MAC utilizaram como um dos argumentos para se regulamentar estas práticas de saúde as diretrizes orientadoras da OMS. Nos Projetos-Lei relativos à regulamentação das MAC, na parte referente à “exposição de motivos” as recomendações da OMS foram por diversas vezes referidas, assim como nos debates parlamentares em que esses mesmos Projetos-Lei foram discutidos.

## 2.2 União Europeia e as Medicinas Alternativas e Complementares

A União Europeia (UE) tem por base acordos vinculativos, denominados Tratados, entre os Estados-Membros da UE aprovados voluntária e democraticamente por todos. Os Tratados “definem os objetivos prosseguidos pela UE, as regras de funcionamento das instituições europeias, o processo de tomada de decisão e as relações entre a UE e os países que a constituem”<sup>52</sup>. Os Tratados estabelecem deste modo toda e qualquer ação da União Europeia.

O Tratado de Lisboa, assinado a 13 de dezembro de 2007, e com entrada em vigor a 1 de dezembro de 2009, o mais recente Tratado celebrado entre os Estados-Membros, estabelece que compete a cada Estado-Membro a definição da sua política de saúde e a organização e prestação de serviços de saúde e cuidados médicos. A União Europeia afirma, reiteradamente que compete a cada Estado-Membro organizar e regulamentar o seu sistema de saúde, como fica confirmado no número 7 do Artigo 168.º do Tratado de Lisboa:

*“A Ação da União respeita as responsabilidades dos Estados-Membros no que se refere à definição das respetivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos. As responsabilidades dos Estados-Membros incluem a gestão dos serviços de saúde e de cuidados médicos, bem como a repartição dos recursos que lhes são afetados. As medidas a que se refere a alínea a) do n.º 4 não afetam as disposições nacionais sobre doação de órgãos e de sangue, nem a sua utilização para fins médicos”.*

Para compreendermos a legislação e regulamentação das MAC na União Europeia temos que ter em atenção este enquadramento legal. Na União Europeia, com exceção das diretivas relativas a medicamentos das MAC, não existe legislação que incida diretamente sobre as MAC uma vez que estas são matéria na qual incidem as políticas nacionais de saúde. Contudo existem várias diretivas e regulamentos na União Europeia que apesar de a matéria que regulamentam não ser diretamente as MAC, se aplicam a estas ainda que indiretamente. Isto porque, apesar de a definição das políticas nacionais de saúde serem da total responsabilidade dos Estados-Membros como tem ficado expresso categoricamente nos vários Tratados, a União Europeia tendo em atenção os artigo 168.º (proteção da saúde pública), 114.º (aproximação das legislações) e 153.º

---

<sup>52</sup> Esta definição foi retirada do site da União Europeia: [https://europa.eu/european-union/law/treaties\\_pt](https://europa.eu/european-union/law/treaties_pt)

(política social) do Tratado de Lisboa, tem legislado nas seguintes áreas: “os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços; os produtos farmacêuticos e os dispositivos médicos (farmacovigilância, medicamentos falsificados, ensaios clínicos); As ameaças transfronteiriças graves para a saúde; o tabaco; e os órgãos, sangue, tecidos e células”<sup>53</sup>. Estes diplomas legais, no entanto, quando aplicados às MAC por vezes têm revelado, - devido nos Estados-Membros a regulamentação das MAC apresentar uma grande heterogeneidade e por vezes nem existir, - grande inadaptabilidade. Exemplo disso é a Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de setembro de 2005 relativa ao “reconhecimento das qualificações profissionais”<sup>54</sup> e da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011 “relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços” alterada com a Diretiva 2013/64/UE do Conselho de 17 de dezembro de 2013. A Diretiva 2005/36/CE estabelece as

*“as regras segundo as quais um Estado-Membro que subordina o acesso a uma profissão regulamentada ou o respetivo exercício no seu território à posse de determinadas qualificações profissionais (adiante denominado «Estado-Membro de acolhimento») reconhece, para o acesso a essa profissão e para o seu exercício, as qualificações profissionais adquiridas noutro ou em vários outros Estados-Membros (adiante denominados «Estado-Membro de origem») que permitem ao seu titular nele exercer a mesma profissão” assim como “... as regras relativas ao acesso parcial a uma profissão regulamentada e ao reconhecimento de estágios profissionais realizados noutro Estado-Membro”<sup>55</sup>.*

Esta diretiva estabelece que uma profissão é considerada regulamentada quando o acesso e exercício de determinada atividade profissional estão sujeitos nos termos de disposições legislativas à posse de qualificações profissionais específicas.

A Diretiva 2011/24/EU, alterada pela Diretiva 2013/64/UE por sua vez determina os direitos dos pacientes relativamente ao “acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde entre os Estados-Membros, no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde”<sup>56</sup>. Esta diretiva tem deste modo como

---

<sup>53</sup> [https://ec.europa.eu/health/policies/overview\\_pt](https://ec.europa.eu/health/policies/overview_pt)

<sup>54</sup> 2005L0036 — PT — 24.05.2016 — 011.001 — 2 - DIRECTIVA 2005/36/CE

<sup>55</sup> 2005L0036 — PT — 24.05.2016 — 011.001 — 2 - DIRECTIVA 2005/36/CE

<sup>56</sup> Diretiva 2013/64/UE

finalidade possibilitar aos pacientes de um Estado-Membro da UE poder optar por um tratamento noutra Estado-Membro da UE, e enunciar as responsabilidades dos Estados-Membros da UE relativamente aos custos dos tratamentos administrados em outros Estados-Membros.

Estas diretivas que se revelam de grande importância para a livre circulação de profissionais na Europa, assim como para os direitos dos pacientes e manifestam algum esforço para a harmonização regulamentar dos Estados-Membros, no que se refere às MAC devido existir uma grande heterogeneidade na regulamentação das MAC nos Estados-Membros, na prática torna-se difícil a sua aplicabilidade e qualquer efeito prático visível. Uma modalidade das MAC pode existir e ser devidamente credenciada e regulamentada num Estado-Membro e estar registada na Base de Dados da Comissão Europeia<sup>57</sup> e noutra Estado-Membro nem existir a prática dessa modalidade ou a existirem praticantes dessa terapêutica estes não serem devidamente qualificados profissionalmente ou tal prática não estar regulamentada (CAMbrella, 2012d).

No que diz respeito aos medicamentos das MAC estes foram regulamentados pela União Europeia devido não serem considerados como parte integrante da política de saúde podendo por isso ser objeto de regulação a nível europeu. Os medicamentos à base de plantas e os medicamentos homeopáticos são objeto de três diretivas comunitárias:

- Diretiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 6 de novembro de 2001 “que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano”;
- Diretiva 2004/24/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 31 de março de 2004 “que altera, em relação aos medicamentos tradicionais à base de plantas, a Diretiva 2001/83/CE que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano”;
- Diretiva 2004/27/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 31 de março de 2004 “que altera a Diretiva 2001/83/CE que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano”.

As diretivas são “um ato legislativo que fixa um objetivo geral que todos os países da UE devem alcançar” sendo da responsabilidade de cada país elaborar a sua própria legislação

---

<sup>57</sup> Esta Base de Dados de profissões regulamentadas nos Estados Membros, foi constituída pela Diretiva 2005/36/CE. Esta Base de Dados criada pela Comissão Europeia está acessível ao público através do site: <https://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=homepage>

para dar cumprimento a esse objetivo<sup>58</sup>. Tendo em atenção isso, estas três diretivas permitiram que fosse regulada de forma similar nos vários países da UE o registo e a autorização para a comercialização de medicamentos à base de plantas e de medicamentos homeopáticos (CAMbrella, 2012c).

Precedentemente a estas diretivas tinham sido publicadas duas resoluções referentes às “medicinas não-convencionais” que datam de 1997, e de 1999. A resolução, no entanto, é necessário esclarecer, consiste em recomendações e declarações sem vinculação jurídica para os Estados-Membros, tendo uma função de orientação para futuros trabalhos. No ano de 1994 os Deputados Pimenta e Dell’Alba, Díez de Rivera Icaza, Crowley, Ewing, González Álvarez, Lord Plumb, apresentam proposta de resolução sobre a medicina complementar (A4-0075/97). Esta proposta de resolução é “enviada à Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor, competente quanto à matéria de fundo, e à Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos, bem como à Comissão do Emprego e dos Assuntos Sociais, encarregadas de emitir parecer”<sup>59</sup>. A Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor decidiu elaborar um relatório, tendo o Presidente do Parlamento autorizado a sua elaboração. Este relatório conhecido como o “Relatório Lannoye” pretendia o reconhecimento legal das medicinas não convencionais, exigindo a adoção de diretivas. O texto final deste relatório que foi a votação a 29 de maio de 1997 sofre, no entanto, alterações significativas. A 29 de maio de 1997 o Parlamento aprova a resolução A4-0075/97 sobre o estatuto das Medicinas Não Convencionais, com 152 votos a favor, 125 votos contra e 28 abstenções. A votação revela que esta Resolução não era unanime, tendo gerado posições opositoras entre os vários Grupos de Eurodeputados como o demonstram as atas da discussão plenária do relatório<sup>60</sup>. Os seus opositores argumentavam entre outros motivos para a recusa da aprovação da Resolução:

- a falta de cientificidade de algumas destas medicinas e sua base teórica esotérica;
- a necessidade de se realizar um estudo rigoroso sobre a eficácia e segurança destas práticas de saúde, assim como sobre a sua aplicação em termos de doença, e o processo legislativo nos Estados-Membros que as regulamentaram;

---

<sup>58</sup> Definição retirada do site da União Europeia: [https://europa.eu/european-union/law/legal-acts\\_pt](https://europa.eu/european-union/law/legal-acts_pt)

<sup>59</sup> Relatório “sobre o estatuto das medicinas não convencionais” DOCPO\RR\322\322066.dc PE 216.066/def. OA/ALV

<sup>60</sup> Debates parlamentares, 4ª legislatura do Parlamento Europeu, sessões plenárias de 28-05-2007 e de 29-05- 2007, disponíveis no site <http://www.europarl.europa.eu> (acesso em junho de 2008)

- a integração destas terapêuticas que estejam cientificamente validadas na medicina convencional;
- a utilização dos meios financeiros, que são fruto das contribuições de todos os cidadãos, deve ser feita apenas nas situações comprovadas cientificamente;
- o exercício destas terapêuticas apenas devia ser realizado por licenciados em medicina ou sob a supervisão médica de forma a salvaguardar os interesses do paciente e não permitir que indivíduos que não são médicos, de forma independente pratiquem atos médicos, designadamente façam um diagnóstico (procedimento médico considerado um ato médico);
- o acesso ao exercício destas práticas terapêuticas na UE deve estar sujeito à obtenção de um diploma oficial, que ateste a aquisição de uma formação geral a nível de saúde, emitido por uma autoridade docente e não através da avaliação da qualificação profissional por uma comissão criada para o efeito como é defendido no relatório de Lannoye;
- a eficácia e a inocuidade dos tratamentos destas terapêuticas não devem ser regulamentadas no seio destas como refere o relatório Lannoye mas avaliadas por instituições científicas ou académicas com base em métodos científicos;
- e por último alguns evocam o princípio de subsidiariedade introduzido pelo Tratado da União Europeia – Tratado de Maastricht de 1992. Ou seja, de acordo com este princípio a UE só deve realizar “ações a nível europeu quando estas oferecerem maiores benefícios do que as ações realizadas a nível nacional, regional ou local”, “... exceto nos casos em que a UE dispõe de competência exclusiva”<sup>61</sup>.

O Relatório Lannoye exigia que as medicinas não convencionais fossem regulamentadas pela União Europeia. Tendo isso em atenção foi solicitado parecer à Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos que afirmou tendo por base jurídica os artigos:

- 54.º e 63.ºA - relativos à realização de liberdade de estabelecimento e de prestação de serviços. - A liberdade de estabelecimento e a liberdade de prestação

---

<sup>61</sup> Informação acedida no site da União Europeia:  
[https://ec.europa.eu/regional\\_policy/pt/policy/what/glossary/s/subsidiarity](https://ec.europa.eu/regional_policy/pt/policy/what/glossary/s/subsidiarity)



de serviços permitia que os profissionais das medicinas não convencionais exercessem a sua atividade profissional noutro país da UE;

- 100-A - relativo à “adoção de medidas relativas à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros, que tenham por objeto o estabelecimento e o funcionamento do mercado interno” (Tratado de Maastricht) - A União Europeia tem competência para regulamentar questões relacionadas com as medicinas não convencionais.

No entanto, a Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos no que se refere à aplicação do n.º 3 do artigo 57.º do Tratado de Maastricht, que visava o reconhecimento mútuo dos Estados-Membros de diplomas, certificados e outros títulos no que diz respeito às profissões paramédicas, afirma que as medicinas não convencionais não podem ser incluídas nas “profissões paramédicas” como defendido no relatório. Para além disso relativamente ao n.º 2 do artigo 57.º referente à harmonização da legislação nos Estados-Membros, refere que apesar de aparentemente não existir nada para regulamentar uma vez que em alguns países da UE não existe qualquer legislação relativa às medicinas não convencionais, é parecer da Comissão que existe uma competência de harmonização “que se justifica face ao perigo de surgir uma insegurança jurídica devido ao grande número de diferentes regulamentações nacionais”. Este parecer termina com a conclusão de que UE “tem competência para regulamentar estas questões” e por isso “...deve procurar fazê-lo no interesse dos doentes e de quem busca a cura”.

Ao analisarmos este debate concluímos que mais de que um impedimento jurídico-legal o que impede a União Europeia de regulamentar as MAC é a posição que os Eurodeputados representantes dos Estados-Membros têm face à regulamentação das MAC pela União Europeia e pelo seu próprio país. Podemos concluir que muitos países da União Europeia não estavam dispostos a regulamentar as MAC a nível nacional o que se tornava um impedimento para a regulamentação das MAC na União Europeia. Esta resolução não teve, então, qualquer repercussão prática na legislação nacional de cada Estado-Membro (CAMbrella, 2012b).

Em 1999 a Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa apresenta a Resolução N.º 1206 “Uma abordagem europeia para as medicinas não convencionais”. Esta Resolução apesar de reconhecer a soberania dos Estados-Membros e a sua legislação nacional, refere que tendo em atenção a liberdade de escolha dos pacientes nos cuidados

de saúde, não deve ser posta de lado uma “abordagem comum europeia à medicina não convencional” (Resolução N.º 1206, 1999). Perante isso incita os Estados-membros a reconhecer oficialmente estas práticas de saúde, promovendo o seu ensino nas faculdades de medicina e incentivando os hospitais a utilizá-las (Resolução N.º 1206, 1999). Para além disso reconhecendo que o conhecimento destas terapêuticas é limitado solicita aos Estados-Membros que promovam “os estudos comparativos e os programas de pesquisa em curso na União Europeia” (Resolução N.º 1206, 1999).

Estas duas Resoluções não tiveram repercussões práticas nas legislações nacionais dos Estados-membros. Posteriormente não houve qualquer regulamentação vinculativa na União Europeia que harmonizasse a regulamentação das MAC nos Estados-Membros (CAMbrella, 2012b).

No âmbito do 7º Programa-Quadro<sup>62</sup> de Investigação e Desenvolvimento Tecnológico da União Europeia que decorreu entre 2007 e 2013, e tendo subjacente a Decisão N.º 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de outubro de 2007 “que cria um segundo Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013)” é criado o projeto “CAMbrella”.

A Decisão N.º 1350/2007/CE estabelecia que o Segundo Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013) devia “reconhecer a importância de uma abordagem global da saúde pública e ter em conta nas suas ações, quando for apropriado e quando a sua eficácia estiver demonstrada por provas científicas e clínicas, a medicina complementar e alternativa”.

O projeto “CAMbrella” tinha os seguintes objetivos:

- “- Desenvolver um consenso sobre uma série de definições para a terminologia usada para descrever as principais intervenções CAM<sup>63</sup> usadas clinicamente na Europa.*
- Criar uma base de conhecimento que nos permita avaliar com precisão as demandas dos pacientes por CAM e a prevalência de seu uso na Europa.*
- Revisar o status legal atual do CAM nos estados-membros ou associados da UE.*
- Explorar as necessidades e atitudes dos cidadãos da UE com respeito à CAM.*

---

<sup>62</sup> Na União Europeia o financiamento a atividades de Investigação e Desenvolvimento está organizado em termos de programas multianuais designados por vezes abreviadamente por Programas Quadro.

<sup>63</sup> Adotou-se a sigla utilizada no projeto “CAMbrella”.

- Explorar as perspectivas dos provedores sobre o tratamento de CAM na Europa.
- Propor uma estratégia de pesquisa apropriada para CAM que ajudará a desenvolver uma compreensão do uso de CAM e sua eficácia dentro do contexto da UE em resposta às necessidades de financiadores, provedores de saúde e pacientes. Isso terá em conta as questões de eficácia, custo, segurança e os requisitos legais para a produção de substâncias medicamentosas.
- Desenvolver um processo para priorizar futura estratégia de investigação da UE tendo em atenção as políticas atuais na UE.
- Facilitar e fomentar a colaboração e o trabalho em redes sustentáveis e de alta qualidade de pesquisadores europeus da MAC”

(Weidenhammer et al., 2011, p. 70).

O projeto era constituído pelos seguintes pacotes de trabalho independentes, mas interrelacionados:

Pacote de trabalho 1 - Terminologia e definições preliminares de MAC

Pacote de Trabalho 2 - Estatuto legal e regulação da MAC na Europa

Pacote de Trabalho 3 - Necessidades e atitudes dos cidadãos em relação à MAC

Pacote de trabalho 4 - Uso de MAC na Europa - A perspectiva dos pacientes

Pacote de trabalho 5 - Avaliação da Tecnologia em Saúde (HTA) e um mapa da oferta da MAC na UE

Pacote de Trabalho 6 - Visão global das partes interessadas sobre pesquisa e desenvolvimento da MAC: Implicações para o roteiro da UE

Pacote de trabalho 7 - Roteiro geral para futuras pesquisas europeias da MAC

Pacote de Trabalho 8 - Estratégia CAMbrella para divulgação dos resultados do projeto e futura rede.

Pacote de Trabalho 9 – Gestão do projeto

O projeto tinha como finalidade analisar a situação das MAC nos 27<sup>64</sup> membros da UE e nos 12 países<sup>65</sup> associados. Este projeto, apesar de ser de grande relevância para o

---

<sup>64</sup> Na data da realização deste estudo faziam parte da UE 27 países: Bélgica, Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Espanha, Reino Unido, Áustria, Finlândia, Suécia, Chipre, República Checa, Estónia, Hungria, Letónia, Lituânia, Malta, Polónia, Eslováquia, Eslovénia, Bulgária, Roménia.

<sup>65</sup> A Associação Europeia de Comércio Livre (EFTA) que se constituía como um projeto alternativo à Comunidade Económica Europeia, em 2011, tinha como membros a Suíça, Liechtenstein, Noruega e Islândia.

conhecimento das MAC a nível da UE, não teve qualquer consequência nas políticas da UE, continuando estas práticas a ser matéria legislativa da política nacional de cada Estado-Membro. Precedentemente a UE já tinha financiado outros projetos, designadamente o projeto 'COST B4' sobre medicina não convencional na Europa (1993-1995) e a ' 'Concerted Action for Complementary and Alternative Medicine Assessment in the Cancer Field' '(2002–2005) (Fischer et al., 2014). A UE, no entanto, continua a ter interesse nestas práticas de saúde e a promover o seu estudo e investigação. Exemplo disso foi o workshop realizado em outubro de 2017, no Parlamento Europeu com a finalidade de “fornecer informações e conselhos técnicos sobre as últimas descobertas e tendências no campo das terapias complementares e alternativas» aos membros da Comissão do Ambiente, Saúde Pública e Segurança Alimentar do Parlamento Europeu (Schneiders et al., 2017, p.1).

Podemos concluir que para a União Europeia (UE) compete a cada Estado-Membro organizar e regular o seu sistema de saúde, o que se aplica, à medicina complementar e alternativa.

Face a isso, ou seja, não existindo legislação e regulamentação das MAC a nível da UE, nem estando previsto passar a existir tendo em atenção a política da UE, apenas poderá existir harmonização da regulamentação das medicinas complementares e alternativas a nível Europeu se voluntariamente os Estados-Membros assim o decidirem.

Para além disso podemos também concluir que a não existência de uma regulamentação comum da prática da medicina complementar e alternativa na Europa “resulta em uma variedade considerável de regulamentações legais regionais, nacionais, europeias e internacionais, o que torna quase impossível qualquer comparação entre a prática e a oferta de MCA em qualquer aspeto” (CAMbrella, 2012a, p. 17).

---

Este estudo incidiu deste modo sobre os 27 Estados-membros da EU, os quatro países membros da EFTA e oito países que estão ligados ao programa de pesquisa Sétimo Programa-Quadro da Comissão Europeia (FP7) através de acordos com países terceiros: Israel, Croácia, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Montenegro, Turquia, Albânia, Bósnia e Herzegovina, Sérvia.

### **2.3 Análise global sobre a aceitação e a legalização das MAC nos vários países da União Europeia**

A regulamentação das MAC na Europa apresenta uma grande diversidade. Cada Estado-Membro da União Europeia (UE) apresenta os seus próprios regulamentos e legislações como resultado de uma abordagem política da UE caracterizada por responsabilizar os seus Estados-Membros pelas suas políticas nacionais de saúde.

Trebilcock e Ghimire (2019, p.4) afirmam existirem as seguintes formas de regulamentação das MAC:

- Regimes de licenciamento exclusivo - Caracterizados geralmente por autorregulamentação delegada pelo governo. Neste regime as MAC apenas podem ser praticadas por profissionais com licença, sendo ilegal a prática das MAC por profissionais que não tenham licença;
- Certificação oficial – Também um regime de autorregulação delegado pelo governo. As MAC são praticadas tanto por profissionais certificados como por profissionais não certificados, mas sob designações diferentes;
- Regimes voluntários de certificação privada – A certificação é atribuída por associações profissionais privadas, não existindo regulamentação a nível governamental.

Na Europa encontramos estes três tipos de regulamentação.

A União Europeia tem vindo a financiar projetos de investigação, como é o caso do já mencionado projeto CAMbrella financiado pelo 7.º Programa-Quadro de investigação (FP7-HEALTH-2009-3.1-3), que analisa a situação e o desenvolvimento das MAC em 39 países, tanto do ponto de vista legal como do grau de aceitação social destas práticas profissionais. O projeto CAMbrella criou uma coleção de relatórios, designadamente o Legal status and regulation of CAM in Europe. Part I - CAM regulations in the European countries (2012) e o Health Technology Assessment (HTA) and a map of CAM provision in the EU (2013), entre outros. É com base nesses relatórios que é realizada nesta dissertação uma breve descrição do estado das MAC a nível legal e aceitabilidade social, entre 2010 e 2012 na União Europeia.

Posteriormente analisámos quais as profissões regulamentadas das MAC, que tinham sido registadas pelos Estados-Membros da União Europeia até ao ano de 2021, na Base de Dados de profissões regulamentadas da Comissão Europeia, online, criada com a

Diretiva 2005/36/CE, tendo por finalidade uma análise comparativa relativamente às profissões regulamentadas e registadas na referida Base de Dados em dois períodos distintos, o ano de 2012 ( profissões das MAC regulamentadas e registadas na Base de Dados da UE segundo o estudo CAMbrella) e o ano de 2021. Para esta análise construímos duas Tabelas: a Tabela 19 - Profissões das MAC regulamentadas e registadas na Base de Dados de profissões regulamentadas da União Europeia em 2021 e a Tabela 20 - Profissões das MAC regulamentadas e registadas na Base de Dados de profissões regulamentadas da União Europeia em 2012 e 2021.

Em 2019 a Organização Mundial de Saúde publicou o “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019”, um relatório que analisa “o progresso global em medicina tradicional e complementar nas últimas duas décadas e é baseado nas contribuições de 179 Estados Membros da OMS” (WHO, 2019, p. 5). Este relatório integra três estudos: um estudo publicado em 2005 sobre políticas nacionais de medicina tradicional e regulamentação de medicamentos fitoterápicos, e dois outros, - um realizado entre 2010-2012 e outro entre 2016-2018, - sobre “as tendências globais e a situação atual na área da medicina tradicional e complementar” (WHO, 2019, p. 10).

Tendo em atenção que não existem estudos científicos sobre as MAC tão abrangentes a nível territorial, este relatório revela-se pertinente para o nosso estudo devido permitir não só analisar comparativamente os países da Europa (ainda que o nosso estudo incida sobre os países da União Europeia) com os restantes países membros da OMS como também verificar a nível geral qual a situação das medicinas alternativas e complementares em 2018 nos países da Europa, possibilitando um maior conhecimento do desenvolvimento destas práticas na Europa, e deste modo nos países da União Europeia. Face a isso contruímos diversos gráficos com base nos resultados do relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” que nos permitem compreender o desenvolvimento das MAC na União Europeia, assim como o estado atual das MAC na União Europeia comparativamente com os países do resto do mundo.

### **2.3.1 Estado das MACs a nível legal e aceitabilidade social, entre 2010 e 2012 na União Europeia com base nos resultados do projeto “Cambrella**

Neste estudo iremos nos restringir aos dados referentes aos 27 Estados-Membros da União Europeia e à Croácia, candidata à União Europeia, na data da realização do estudo “CAMbrella”. A Croácia como atualmente faz parte da União Europeia, tendo a sua adesão sido em 1 de julho de 2013, foi incluída nesta análise. Para além disso não foi excluído o Reino Unido devido na data de realização do estudo “CAMbrella” fazer parte da União Europeia. Nesta investigação não nos parece pertinente analisar os países que não são membros da UE, tendo em atenção que pretendemos compreender qual a evolução das MAC, a nível de regulamentação, na União Europeia.

O projeto “CAMbrella” identificou as seguintes cinco categorias para analisar a legislação e os regulamentos das MAC dos diferentes países:

- “1. Legislação geral das MAC.
2. Legislação específica das MAC (nome do tratamento/prática).
3. Título na UE (registrado na Base de Dados de profissões regulamentadas da UE, Diretiva 2005/36 / CE) (7).
4. Título nacional protegido.
5. Registro legal.” (CAMbrella, 2012b, p.18)

Neste estudo tendo como objetivo a compreensão do desenvolvimento das MAC na União Europeia, tivemos em atenção na construção das nossas tabelas com os dados estatísticos fornecidos pelo projeto “CAMbrella” (2012b), os itens desse mesmo estudo, designadamente:

- Legislação geral das MAC
- Tratamentos das MAC regulamentados em cada Estado-Membro
- Tratamentos não regulamentados em cada Estado-Membro
- Profissões das MAC regulamentadas em cada Estado-Membro
- Profissões das MAC não regulamentadas em cada Estado-Membro

-Profissões das MAC regulamentadas em cada Estado-Membro e registadas na UE (registradas na Base de Dados de profissões regulamentadas da UE, Diretiva 2005/36 / CE) (7)

- Profissões das MAC regulamentadas em cada Estado-Membro e não registadas na UE (registradas na Base de Dados de profissões regulamentadas da UE, Diretiva 2005/36 / CE) (7)

No relatório “Final report of CAMbrella Work Package 2”, assim como nos outros relatórios do projeto “CAMbrella” as categorias ou os itens utilizados nas grelhas dos dados estatísticos não estão definidos. Tal leva a que a delimitação das categorias, no estudo “Cambrella” não seja estanque e que apresente por vezes resultados imprecisos. Exemplo disso são os dados referentes à Polónia. Na Table 5.7.1 Homeopathy regulations - countries a Polónia está incluída na coluna “Regulated treatment/Not regulated profession”, sendo inclusive descrito que “21 countries have regulated homeopathy treatment”, nos quais está incluída a Polónia (CAMbrella, 2012b, p.32-33). Posteriormente no mesmo relatório é afirmado “Homeopathy is not a regulated treatment in Poland” (CAMbrella, 2012b, p. 164). Face a isso tivemos alguma dificuldade em transcrever e analisar os resultados do projeto “CAMbrella”. Esta imprecisão pode dever-se segundo referência no próprio relatório a vários fatores, nomeadamente

*“Some legislation and regulatory documents could have evaded us in this effort, despite the in-depth literature search and personal contact with the national health authorities, either in person or by phone/e-mail. If this has happened in one or more countries, the information given will be inaccurate, and will be updated in a later online version of this document. Inaccuracies in the information can also be caused by misunderstandings in the translation of the documents to English. (...) A legislação e os regulamentos também estão em constante revisão e só podemos descrever a situação atual”* (CAMbrella, 2012b, pp. 45-46).

Apesar de poderem existir outras versões deste documento, não encontramos nenhuma.

O projeto CAMbrella, que decorreu entre 2010 e 2012, incidiu sobre as seguintes modalidades das medicinas alternativas e complementares: acupuntura, medicina antroposófica, ayurveda, quiropraxia, fitoterapia, homeopatia, massagem, naprapatia, naturopatia, terapia neural, osteopatia e medicina tradicional chinesa.



## Países com legislação geral das MAC

Tabela 1 - Países com ou sem legislação geral das MAC

<b>Países com legislação geral das MAC</b>	<b>Países sem legislação geral das MAC</b>
Bélgica	França
Dinamarca	Grécia
Alemanha	Itália
Portugal	Luxemburgo
Hungria	Espanha
Malta	Reino Unido
Eslovénia	Áustria
Bulgária	Finlândia
Roménia	Suécia
	Irlanda
	Holanda
	República Checa
	Chipre
	Estónia
	Letónia
	Lituânia
	Polónia
	Eslováquia
	Croácia

(CAMbrella, 2012b)

A Tabela 1 revela que na data em que foi realizado o projeto “CAMbrella” poucos eram os países da União Europeia que tinham uma legislação geral das MAC, existindo apenas nove países com legislação geral das MAC e dezanove, incluindo a Crócia, sem legislação geral das MAC.

## Países com ou sem regulamentação em tratamentos específicos das MAC

Tabela 2 - Países com ou sem regulamentação em tratamentos específicos das MAC

Países com regulamentação em tratamentos específicos de MAC	Países sem regulamentação em tratamentos específicos das MAC
França	Irlanda
Grécia	Holanda
Itália	
Luxemburgo	
Espanha	
Reino Unido	
Áustria	
Finlândia	
Chipre	
Suécia	
Estónia	
República Checa	
Letónia	
Lituânia	
Polónia	
Croácia	
Eslováquia	
Bélgica	
Dinamarca	
Alemanha	
Portugal	

(CAMbrella, 2012b)

Ao analisarmos a Tabela 1 e 2 constatamos que na data do estudo “CAMbrella” dois países não tinham qualquer regulamentação relativamente às MAC: a Holanda e a Irlanda não tinham legislação geral e nem regulamentação em nenhum tratamento específico das MAC. Para além disso dos vinte e um países com regulamentação em tratamentos específicos das MAC, dezassete não tinham legislação geral das MAC. Na Tabela 3 verifica-se que apenas quatro países têm legislação geral e regulamentação em tratamentos específicos das MAC.

## Países com legislação geral das MAC e simultaneamente com regulamentação em tratamentos específicos das MAC

Tabela 3 - Países com legislação geral das MAC e simultaneamente com regulamentação em tratamentos específicos das MAC

	Legislação geral das MAC	Regulamentação em tratamentos específicos das MAC
Bélgica	x	x
Dinamarca	x	x
Alemanha	x	x
Portugal	x	x

(CAMbrella, 2012b)

## Regulamentação do tratamento e da profissão de doze terapias das MAC

O projeto CAMbrella analisa a situação de doze terapias das MAC ( acupuntura, medicina antroposófica, ayurveda, quiropraxia, fitoterapia, homeopatia, massagem, naprapatia, naturopatia, terapia neural, osteopatia e medicina tradicional chinesa) em 39 países, a nível da regulamentação nacional. Nestas doze terapias das MAC estão incluídas as sete terapêuticas regulamentadas em Portugal, nomeadamente a acupuntura, a quiropraxia, a fitoterapia, a homeopatia, a naturopatia a osteopatia e a medicina tradicional chinesa. Neste estudo não analisaremos apenas estas sete terapêuticas porque nos parece importante verificar quais as terapêuticas regulamentadas nos diferentes países e desse modo comparar diferentes realidades não só jurídicas mas também culturais.

### Regulamentação do tratamento e da profissão de acupuntura

Tabela 4 - Regulamentação do tratamento e da profissão de acupuntura

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica			x	
Dinamarca			x	
França			x	
Alemanha			x	
Grécia			x	
Irlanda				x
Itália			x	
Luxemburgo			x	
Holanda				x
Portugal			x	
Espanha			x	
Reino Unido			x	
Áustria			x	
Finlândia				x
Suécia				x
Chipre			x	
República Checa			x	
Estónia				x
Hungria			x	
Letónia			x	
Lituânia			x	
Malta	x			
Polónia				x
Eslováquia			x	
Eslovénia			x	
Bulgária			x	
Roménia			x	
Croácia				x

(Cambrella, 2012b)

Malta era o único país que na data da realização deste estudo tinha a profissão de “acupuntor” regulamentada e registrada na Base de Dados da União Europeia. No entanto,

vinte países tinham o tratamento de acupuntura regulamentado como era o caso de Portugal, existindo apenas sete países que não apresentavam qualquer regulamentação nesta área das MAC. A acupuntura estava deste modo essencialmente regulamentada nos diversos países como um tratamento. O tratamento de acupuntura podia ser fornecido por profissionais de saúde regulamentados ou praticantes das MAC dependendo do país (CAMbrella, 2012b). Em alguns países estava determinado juridicamente quais os profissionais que podiam tratar pacientes com o tratamento de acupuntura e qual a formação exigida para o poder fazer, enquanto noutros existia uma regulamentação mais geral (CAMbrella, 2012b). Contudo em aproximadamente metade dos países apenas médicos podiam fornecer o tratamento de acupuntura, sendo exigido em alguns desses países uma formação específica em acupuntura aos médicos para o poderem praticar, como era o caso de Portugal. Em alguns países o tratamento de acupuntura podia ser fornecido na área da saúde convencional (também em hospitais).

#### Regulamentação do tratamento e da profissão de medicina antroposófica

Tabela 5 - Regulamentação do tratamento e da profissão de medicina antroposófica

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica				x
Dinamarca				x
França				x
Alemanha			x	
Grécia				x
Irlanda				x
Itália				x
Luxemburgo				x
Holanda				x
Portugal				x
Espanha				x
Reino Unido				x
Áustria			x	
Finlândia				x
Suécia			x	
Chipre				x
República Checa				x
Estónia				x
Hungria			x	
Letónia			x	
Lituânia				x
Malta				x
Polónia				x
Eslováquia				x
Eslovénia				x
Bulgária			x	
Roménia				x
Croácia				x

(CAMbrella, 2012b)

Na medicina antroposófica apenas o tratamento é regulamentado e somente em 6 países, existindo, no entanto, em alguns dos 22 países que não têm regulamentação direta em medicina antroposófica, cursos de formação e diplomas nesta modalidade concedidos por associações médicas (CAMbrella, 2012b). Este tratamento das MAC, no entanto, é essencialmente administrado por médicos como o revela o relatório “Final report of CAMbrella Work Package 2: *“Na Bulgária e na Letónia, a medicina antroposófica é legalmente registrada como uma educação adicional para médicos. Na Áustria, os diplomas conferidos pelo Conselho Médico Austríaco especializam os médicos em medicina antroposófica.”* Na Alemanha, a medicina antroposófica é regulamentada por lei como *“um sistema terapêutico específico. Na Hungria, os médicos podem fornecer medicamentos antroposóficos. Na Suécia, a antroposofia só pode ser ministrada na clínica Vidar”* (Cambrella, 2012b, pp.24-25).

#### Regulamentação do tratamento e da profissão de ayurveda

Tabela 6 - Regulamentação do tratamento e da profissão de ayurveda

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica				x
Dinamarca				x
França				x
Alemanha				x
Grécia				x
Irlanda				x
Itália				x
Luxemburgo				x
Holanda				x
Portugal				x
Espanha				x
Reino Unido				x
Áustria				x
Finlândia				x
Suécia				x
Chipre				x
República Checa				x
Estónia				x
Hungria			x	
Letónia			x	
Lituânia				x
Malta				x
Polónia				x
Eslováquia				x
Eslovénia			x	
Bulgária				x
Roménia			x	
Croácia				x

(CAMbrella, 2012b)

O tratamento de ayurveda está regulamentado em quatro países, sendo em alguns dos 24 países que não apresentam diretamente regulamentação nesta área das MAC praticado por profissionais de saúde, usualmente médicos (CAMbrella, 2012b).

### Regulamentação do tratamento e da profissão de quiropraxia

Tabela 7 - Regulamentação do tratamento e da profissão de quiropraxia

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica		x		
Dinamarca	x			
França			x	
Alemanha		x		
Grécia				x
Irlanda				x
Itália		x		
Luxemburgo				x
Holanda				x
Portugal			x	
Espanha				x
Reino Unido	x			
Áustria			x	
Finlândia	x			
Suécia	x			
Chipre	x			
República Checa			x	
Estónia			x	
Hungria		x		
Letónia				x
Lituânia				x
Malta	x			
Polónia				x
Eslováquia			x	
Eslovénia			x	
Bulgária		x		
Roménia			x	
Croácia				x

(CAMbrella, 2012b)

O quiroprático é uma profissão regulamentada em 11 países, tendo 6 desses países registado a profissão de quiroprático na Base de Dados das profissões regulamentadas da União Europeia. Contudo na maioria desses 11 países o quiroprático não é reconhecido como um praticante das MAC mas como um profissional de saúde convencional (CAMbrella, 2012b). Nesses 11 países verifica-se uma grande divergência tanto na regulamentação da profissão de quiroprático como na formação educacional deste (CAMbrella, 2012b).

O tratamento de quiropraxia é regulamentado em 8 países, existindo apenas 9 países que não têm qualquer regulamentação sobre esta prática das MAC. Contudo em alguns destes 9 países, apesar de não existir regulamentação específica para esta terapêutica, a quiropraxia encontrava-se regulamentada através da legislação geral das MAC ou pela legislação de saúde convencional (CAMbrella, 2012b).

O tratamento quiroprático, em alguns países estava regulamentado como terapias manuais ou era fornecido por outros profissionais como os fisioterapeutas (CAMbrella, 2012b).

### Regulamentação do tratamento e da profissão de fitoterapia

Tabela 8 - Regulamentação do tratamento e da profissão de fitoterapia

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica				x
Dinamarca				x
França				x
Alemanha			x	
Grécia				x
Irlanda				x
Itália				x
Luxemburgo				x
Holanda				x
Portugal			x	
Espanha			x	
Reino Unido			x	
Áustria				x
Finlândia				x
Suécia				x
Chipre				x
República Checa				x
Estónia				x
Hungria			x	
Letónia				X
Lituânia				X
Malta				X
Polónia				X
Eslováquia				X
Eslovénia				x
Bulgária			x	
Roménia			x	
Croácia				x

(CAMbrella, 2012b)

O tratamento com fitoterapia está regulamentado em 7 países, não existindo regulamentação nesta modalidade das MAC nos restantes países em análise. No estudo

CAMBrella (2012b, p.31) é referido que em todos os países, objeto de estudo desse projeto, “os tratamentos como Medicina Tradicional Chinesa (MTC), medicina ayurvédica, homeopatia e outros provavelmente, incluiriam regulamentações do tratamento de fitoterapia”.

### Regulamentação do tratamento e da profissão de homeopatia

Tabela 9 - Regulamentação do tratamento e da profissão de homeopatia

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica			x	
Dinamarca			x	
França			x	
Alemanha			x	
Grécia			x	
Irlanda				x
Itália			x	
Luxemburgo				x
Holanda				x
Portugal			x	
Espanha			x	
Reino Unido			x	
Áustria			x	
Finlândia				x
Suécia				x
Chipre				x
República Checa			x	
Estónia			x	
Hungria			x	
Letónia		x		
Lituânia			x	
Malta				x
Polónia			x	
Eslováquia				x
Eslovénia			x	
Bulgária			x	
Roménia			x	
Croácia			x	

(CAMBrella, 2012b)

No que se refere à homeopatia ao analisar a Tabela 9 verifica-se o seguinte: nenhum país tem a profissão de homeopata regulamentada e registada na Base de Dados da União Europeia; 1 país tem a profissão de homeopata regulamentada, mas não registada na Base de Dados da União Europeia; 19 países têm o tratamento com homeopatia regulamentado; e 8 países não têm qualquer regulamentação direta relativamente a esta terapêutica das



MAC. Nestes 8 países a legislação geral das MAC ou outra legislação de saúde pode, no entanto, regulamentar as práticas homeopáticas (CAMbrella, 2012b, p.33).

### Regulamentação do tratamento e da profissão de massagem

Tabela 10 - Regulamentação do tratamento e da profissão de massagem

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica	x			
Dinamarca				x
França				x
Alemanha	x			
Grécia				x
Irlanda				x
Itália	x			
Luxemburgo	x			
Holanda				x
Portugal		x		
Espanha				x
Reino Unido				x
Áustria	x			
Finlândia	x			
Suécia				x
Chipre				x
República Checa	x			
Estónia		x		
Hungria	x			
Letónia				x
Lituânia	x			
Malta				x
Polónia	x			
Eslováquia	x			
Eslovénia	x			
Bulgária	x			
Roménia		x		
Croácia				x

(CAMbrella, 2012b)

Relativamente à massagem constatamos ao observarmos a Tabela 10 que um número significativo de países tem a profissão não só regulamentada como também registada na Base de Dados da União Europeia, designadamente 13 países. Para além disso mais 3 países têm a profissão massagista regulamentada ainda que não registada na Base de Dados da União Europeia. O tratamento de massagem não está regulamentado em nenhum país. 12 países não apresentam qualquer regulamentação direta nesta área das MAC. Contudo em alguns desses países, tal como sucede na homeopatia, a legislação geral das MAC ou a legislação de saúde regulam a prática do tratamento por massagem

(CAMbrella, 2012b). Em alguns países a terapêutica massagem está incluída na “terapia manual” ou “fisioterapia” (CAMbrella, 2012b).

### Regulamentação do tratamento e da profissão de naprapatia

Tabela 11 - Regulamentação do tratamento e da profissão de naprapatia

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica				x
Dinamarca				x
França				x
Alemanha				x
Grécia				x
Irlanda				x
Itália				x
Luxemburgo				x
Holanda				x
Portugal				x
Espanha				x
Reino Unido				x
Áustria				x
Finlândia	x			
Suécia	x			
Chipre				x
República Checa				x
Estónia				x
Hungria				x
Letónia				x
Lituânia				x
Malta				x
Polónia				x
Eslováquia				x
Eslovénia				x
Bulgária				x
Roménia				x
Croácia				x

(CAMbrella, 2012b)

A profissão de naprapatia estava regulamentada e registada na Base de Dados da União Europeia por dois países. Para além destes dois países mais nenhum dos países objeto de estudo apresentava qualquer outra regulamentação direta sobre esta prática das MAC, designadamente constatou-se que 26 Estados-Membros da UE não tinham qualquer regulamentação relativa à naprapatia.

## Regulamentação do tratamento e da profissão de naturopatia

Tabela 12 - Regulamentação do tratamento e da profissão de naturopatia

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica				x
Dinamarca				x
França			x	
Alemanha			x	
Grécia				x
Irlanda				x
Itália				x
Luxemburgo				x
Holanda				x
Portugal			x	
Espanha				x
Reino Unido				x
Áustria				x
Finlândia				x
Suécia				x
Chipre			x	
República Checa				x
Estónia				x
Hungria				x
Letónia				x
Lituânia				x
Malta				x
Polónia				x
Eslováquia				x
Eslovénia				x
Bulgária				x
Roménia			x	
Croácia				x

(Cambrella, 2012b)

A naturopatia, uma das terapêuticas não convencionais regulamentada em Portugal, apenas tem o seu tratamento regulamentado em 5 países, existindo 23 países que não apresentavam regulamentação nesta área das MAC. A legislação geral das MAC e os regulamentos de saúde podem ter repercussão nos tratamentos de naturopatia (CAMbrella, 2012b).

## Regulamentação do tratamento e da profissão de terapia neural

Tabela 13 - Regulamentação do tratamento e da profissão de terapia neural

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica				x
Dinamarca				x
França				x
Alemanha				x
Grécia				x
Irlanda				x
Itália				x
Luxemburgo				x
Holanda				x
Portugal				x
Espanha				x
Reino Unido				x
Áustria			x	
Finlândia				x
Suécia				x
Chipre				x
República Checa				x
Estónia				x
Hungria			x	
Letónia				x
Lituânia				x
Malta				x
Polónia				x
Eslováquia				x
Eslovénia				x
Bulgária				x
Roménia				x
Croácia				x

(Cambrella, 2012b)

Na terapia neural apenas 2 países têm regulamentação relativamente a esta terapêutica e somente no que se refere ao tratamento com terapia neural, os restantes países não apresentam qualquer regulamentação referente a esta prática das MAC. A legislação geral das MAC e os regulamentos de saúde podem ter repercussões nas práticas de terapia neural (CAMbrella, 2012b).

## Regulamentação do tratamento e da profissão de osteopatia

Tabela 14 - Regulamentação do tratamento e da profissão de osteopatia

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica			x	
Dinamarca				x
França		x		
Alemanha				x
Grécia				x
Irlanda				x
Itália			X	
Luxemburgo				x
Holanda				x
Portugal			x	
Espanha				x
Reino Unido	x			
Áustria				x
Finlândia	x			
Suécia				x
Chipre				x
República Checa				x
Estónia				x
Hungria		x		
Letónia		x		
Lituânia				x
Malta	x			
Polónia				x
Eslováquia				x
Eslovénia			X	
Bulgária			X	
Roménia			x	
Croácia				X

(CAMbrella, 2012b)

Na osteopatia existiam 6 países com profissão regulamentada, tendo 3 desses países a profissão de osteopata registrada na Base de Dados da União Europeia. O tratamento com osteopatia encontrava-se regulamentado em 6 países. 16 países não tinham qualquer regulamentação nesta área das MAC. No entanto, tal como sucedia nas terapêuticas anteriores a legislação geral das MAC e os regulamentos de saúde podiam ter repercussões nesta prática das MAC.

No que se refere à formação académica dos profissionais de osteopatia na Finlândia e Malta exigiam um nível de qualificação PS3 - diploma de nível pós-secundário (3-4 anos) e no Reino Unido um nível de qualificação PS4 - diploma de nível pós-secundário (exatamente 4 anos) (CAMbrella, 2012b, pp. 41-42). Na Hungria, onde esta terapêutica era regulamentada como “terapia manual”, apenas médicos podiam praticar osteopatia (CAMbrella, 2012b, pp. 41-42).

## Regulamentação do tratamento e da profissão de medicina tradicional chinesa

Tabela 15 - Regulamentação do tratamento e da profissão de medicina tradicional chinesa

	Profissão regulamentada e registrada na UE	Profissão regulamentada Não registrada na UE	Tratamento regulado Profissão não regulamentada	Sem regulamentação
Bélgica				X
Dinamarca				X
França				X
Alemanha				X
Grécia				X
Irlanda				X
Itália				X
Luxemburgo				X
Holanda				X
Portugal				X
Espanha				X
Reino Unido			x	
Áustria			x	
Finlândia				X
Suécia				X
Chipre				X
República Checa				X
Estónia			x	
Hungria			x	
Letónia				X
Lituânia				X
Malta				X
Polónia				X
Eslováquia				X
Eslovénia			x	
Bulgária			x	
Roménia			x	
Croácia				X

(CAMbrella, 2012b)

Na medicina tradicional chinesa apenas existe regulamentação no que se refere ao seu tratamento, existindo 7 países com tratamento em medicina tradicional chinesa regulamentado. 21 país não tem regulamentação direta relativa à medicina tradicional chinesa. No relatório Final report of CAMbrella Work Package 2” (CAMbrella, 2012b) é referido que não encontraram nenhuma profissão com a designação de terapeuta de MTC, mas que alguns países regulamentavam os profissionais de medicina tradicional chinesa como profissionais de acupuntura (CAMbrella, 2012b, p. 44). No entanto, na Estónia a medicina tradicional chinesa era regulamentada de acordo com a lei de profissões, sendo emitido certificado de terapeuta natural chinês (CAMbrella, 2012b). Na Áustria o tratamento com medicina tradicional chinesa só podia ser praticado por médicos (CAMbrella, 2012b). Na Roménia a medicina tradicional chinesa também só podia ser praticada por médicos, dentistas e farmacêuticos com qualificações adicionais aprovadas

(CAMbrella, 2012). Na Eslovénia podiam exercer medicina tradicional chinesa os profissionais com nível educacional de pelo menos, ensino médio em saúde (CAMbrella, 2012b, p 44). No Reino Unido um praticante de medicina tradicional chinesa podia “se registar voluntariamente em um corpo profissional” (CAMbrella, 2012b, p.44).

Regulamentação do tratamento ou profissão das 12 modalidades das MAC em cada um dos Estados-Membros da UE

Tabela 16 - Regulamentação do tratamento ou profissão das 12 modalidades das MAC em cada um dos Estados-Membros da UE

	Acup.	M. antrop.	Ayurv.	Quirop.	Fitot.	Homeop.	Massag.	Naprap.	Naturo p.	T. Neural	Osteop.	MT C
Bélgica	X			X		X	X				X	
Dinamarca	X			X		X						
França	X			X		X			X		X	
Alemanha	X	X		X	X	X	X		X			
Grécia	X					X						
Irlanda												
Itália	X			X		X	X				X	
Luxemburgo	X						X					
Holanda												
Portugal	X			X	X	X	X		X		X	
Espanha	X				X	X						
Reino Unido	X			X	X	X					X	X
Áustria	X	X		X		X	X			X		X
Finlândia				X			X	X			X	
Suécia		X		X				X				
Chipre	X			X					X			
República Checa	X			X		X	X					
Estónia				X		X	X					X
Hungria	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X
Letónia	X	X	X			X					X	
Lituânia	X					X	X					
Malta	X			X							X	
Polónia						X	X					
Eslováquia	X			X			X					
Eslovénia	X		X	X		X	X				X	X
Bulgária	X	X		X	X	X	X				X	X
Roménia	X		X	X	X	X	X		X		X	X
Croácia						X						

(CAMbrella, 2012b)

A regulamentação destas doze modalidades das MAC como foi possível constatar nas Tabelas anteriores, varia nos diferentes países, verificando-se que cada país apresenta uma regulamentação diferente destas práticas de saúde, designadamente em alguns é regulamentado o tratamento e em outros a profissão. A Irlanda e a Holanda são os únicos

países que não apresentam qualquer tipo de regulamentação. Independente de a regulamentação ser relativa ao tratamento ou à profissão destas práticas de saúde, podemos, então, afirmar que na data existiam 21 países com regulamentação em acupuntura, 6 países com regulamentação em medicina antroposófica, 4 países com regulamentação em ayurveda, 19 países com regulamentação em quiropraxia, 7 países com regulamentação em fitoterapia, 20 países com regulamentação em homeopatia, 16 países com regulamentação em massagem, 2 países com regulamentação em naprapatia, 5 países com regulamentação em naturopatia, 2 países com regulamentação em terapia neural, 12 países com regulamentação em osteopatia e 7 países com regulamentação em medicina tradicional chinesa. As três modalidades nas quais se verifica um maior número de países com a sua regulamentação é a acupuntura, a homeopatia e a quiropraxia. Podemos então concluir que a acupuntura, a homeopatia e a quiropraxia, terapêuticas não convencionais regulamentadas em Portugal, são as modalidades das MAC que a nível da União Europeia apresentavam uma maior regulamentação estatal. A naturopatia estava regulamentada em muitos poucos países.

No que se refere aos países com maior número de terapêuticas das MAC regulamentadas, independentemente desta regulamentação se referir ao tratamento ou profissão, a Hungria é o país que apresenta mais modalidades das MAC regulamentadas com 10 modalidades regulamentadas, seguido da Roménia com 9, da Bulgária com 8 e da Alemanha, Portugal, Áustria e Eslovénia com 7. Todos os restantes países apresentam um número inferior de modalidades das MAC regulamentadas. Constatamos deste modo que as MAC estavam mais regulamentadas em três países da Europa do Leste.

#### Quais os profissionais que podiam praticar as MAC, formação obrigatória para a prática das MAC, e supervisão da prática das MAC

Como já referido, alguns dados proporcionados pelo projeto “CAMbrella” revelam-se imprecisos e até mesmo contraditórios pelo que no que se refere a estes três itens - quem pode ou não praticar as MAC, nível de formação exigido para o exercício das medicinas alternativas e complementares, e supervisão da prática das medicinas alternativas e complementares, - não foi possível obter dados precisos relativamente a todos os países. Face a isso os dados das Tabelas relativas a estes três fatores, podem não ser precisos. Nestas Tabelas em alguns países inclusive não colocámos qualquer informação devido



não nos ter sido possível recolher informação minimamente clara e precisa relativamente ao objetivo pretendido e para os quais tivemos imensas dúvidas.

### Quais os profissionais que podiam praticar as MAC

Tabela 17 – Quais os profissionais que podiam praticar as MAC

	Médicos	Outros Profissionais de Saúde	Profissionais das MAC
Bélgica	X	X <sup>66</sup>	
Dinamarca <sup>67</sup>	X		X
França	X	X	
Alemanha	X		X
Grécia	X	X	X
Irlanda	X	X	X
Itália	X		
Luxemburgo	X	X	
Holanda	X	X	X
Portugal	X		
Espanha			
Reino Unido	X	X	X
Áustria	X		
Finlândia	X	X	X
Suécia	X	X	X
Chipre			X
República Checa	X	X	
Estónia	X	X	X
Hungria	X	X	X
Letónia	X		
Lituânia	X		
Malta	X		X
Polónia	X		
Eslováquia	X	X	X
Eslovénia	X	X	X
Bulgária	X	X	
Roménia	X	X	X
Croácia			X

(CAMbrella, 2012b)

Nesta Tabela apenas tivemos em atenção as terapêuticas das MAC regulamentadas nos respetivos países.

Na Bélgica, apesar de na data do estudo “CAMbrella” estar a decorrer um processo de regulamentação das MAC, apenas médicos, dentistas ou parteiras podiam praticar os tratamentos das MAC, sendo a prática das MAC por profissionais não qualificados em

<sup>66</sup> Dentistas ou parteiras

<sup>67</sup> Praticantes das MAC

medicina<sup>68</sup> ilegal. Na Bélgica os fisioterapeutas também podiam praticar determinadas terapêuticas das MAC mediante prescrição médica.

Na Dinamarca os profissionais das MAC não eram considerados profissionais de saúde com exceção dos quiropráticos que estavam regulamentados e não eram considerados profissionais das MAC, tendo por isso o mesmo estatuto que os profissionais de saúde convencionais. Na Dinamarca os médicos estavam autorizados a usar as modalidades de tratamento que considerassem úteis (CAMbrella, 2012b). Os profissionais das MAC, ou seja, profissionais não qualificados em medicina, podiam prestar cuidados dentro de certas limitações. Na Dinamarca em 2004 foi criada uma lei sobre o sistema de registo autorregulatório para profissionais alternativos, tendo sido estabelecido um registo voluntário para profissionais das MAC (CAMbrella, 2012b, p.89). Os praticantes das MAC na Dinamarca podiam deste modo voluntariamente se registar - desde que cumprissem critérios bem definidos em educação e fossem membros de uma organização para profissionais das MAC oficialmente reconhecida -, no registo de profissionais das MAC e adquirir o título “Registered Alternative Practitioner” (RAB).

Na França apenas médicos e profissionais de saúde podiam praticar as MAC. Contudo no que se refere à quiropraxia, esta prática das MAC podia ser praticada por profissionais não qualificados em medicina desde que tivessem um diagnóstico realizado por um médico.

Na Alemanha a profissão de terapeuta das MAC está regulamentada desde 1939. Na Alemanha as MAC podiam ser exercidas pelos médicos e pelos “Heilpraktikers” (praticantes não qualificados em medicina). Os “Heilpraktikers” estavam impedidos de praticar determinados atos médicos específicos. Os “Heilpraktikers para praticar as MAC tinham que passar a um exame público e se registar para obter uma licença para exercer a profissão. Os “Heilpraktikers” se não cumprissem as seguintes condições não tinham permissão para exercer a profissão:

*“If the applicant has not yet reached the age of 26; If he/she does not have German citizenship; If he/she cannot prove at least completion of primary education; If it appears that he/she lacks moral reliability, especially heavy criminal or ethical misconduct; If, in terms of health he/she is unfit to practise; If*

---

<sup>68</sup> Profissionais qualificados em medicina significa, segundo a interpretação feita por nós no projeto CAMbrella, profissionais qualificados na área da saúde e da medicina.

*it can be assumed with certainty that he/she is practising medicine in addition to any other profession; If a review of the knowledge and skills of the applicant by the Health Department indicates that the practice of medicine by the person would mean a danger to the Public Health” (CAMbrella, 2012b, p. 108).*

Na Grécia as MAC podiam ser exercidas por médicos e não médicos, com exceção de acupuntura que apenas podia ser praticada por médicos.

Na Irlanda segundo o estudo CAMbrella em 2012 nenhuma das terapêuticas das MAC estava regulamentada ou restrita, sendo deste modo possível serem praticadas tanto por médicos como por profissionais não médicos (CAMbrella, 2012b, p. 124). Na Irlanda as MAC podiam, então, ser praticadas por profissionais das MAC e por médicos, não estando a sua prática restrita apenas aos qualificados em medicina.

Na Itália segundo o Supremo Tribunal de Justiça as MAC podiam apenas ser praticadas por médicos. O Supremo Tribunal de Justiça reconheceu, em diferentes decisões judiciais, que a prática destas terapêuticas era de responsabilidade médica, sendo o exercício destas terapêuticas por outros profissionais considerado uma violação dos poderes médicos. A “Federação Nacional das Ordens de Médicos e Dentistas” italiana (Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) reconheceu o tratamento de acupuntura, homeopatia, fitoterapia, medicina antroposófica, medicina tradicional chinesa e ayurveda “como uma responsabilidade de um médico ou dentista” (CAMbrella, 2012b, pp.130-132). No que se refere aos tratamentos de quiropraxia e osteopatia por sua vez a “Federação Nacional das Ordens de Médicos e Dentistas” considerava que estes eram da responsabilidade dos médicos, dentistas ou profissionais de saúde regulamentados, com educação aprovada internacionalmente em quiropraxia e osteopatia respetivamente (CAMbrella, 2012b, pp.130-132). O massagista, uma profissão de saúde regulamentada, podia ser considerada como uma modalidade das MAC praticada por profissionais das MAC, uma vez que não é estabelecido que estes profissionais tenham como requisito para o exercício da sua atividade profissional habilitações em medicina.

No Luxemburgo a prática das MAC é restrita aos médicos e aos profissionais de saúde regulamentados.

Na Holanda a prática das MAC é legal, podendo estas ser praticadas por profissionais das MAC ou por profissionais com qualificação médica. Na Holanda qualquer indivíduo

podia praticar medicina com exceção de alguns procedimentos que apenas podiam ser realizados por categorias de profissionais autorizados a fazê-lo por lei (CAMbrella, 2012b, p.204).

Em Portugal como já revelado as MAC podiam ser praticadas por médicos, no que se refere à acupuntura estando na data da realização do estudo CAMbrella a decorrer o processo de regulamentação de seis terapêuticas das MAC, nomeadamente osteopatia, quiropraxia, homeopatia, acupuntura, naturopatia e fitoterapia. A prática das MAC por profissionais das MAC era deste modo, segundo a legislação, ilegal. No que se refere aos médicos, apenas a acupuntura era aceite como tratamento terapêutico com evidência científica pela Ordem dos Médicos, sendo a acupuntura uma competência médica desde 2002.

Na Espanha, onde as MAC não eram regulamentadas, as instituições oficiais eram tolerantes com os praticantes das MAC que fornecessem um “serviço de aconselhamento” e não propriamente serviços de saúde (CAMbrella, 2012b, p. 191). Na Espanha de acordo com uma lei que tinha sido proposta pela Comissão de Saúde e Assuntos do Consumidor do Parlamento Espanhol e aprovada pelo Congresso em 29 de setembro de 2009 os tratamentos em acupuntura, homeopatia e medicina natural passariam a ser considerados atos médicos e deste modo a poderem ser realizados apenas por médicos. Estava previsto esta lei entrar em vigor em 2011.

No Reino Unido a “Common Law” para a prática de medicina estabelecia que qualquer pessoa, “mesmo que não tenha treinamento em qualquer tipo de cuidados de saúde de qualquer natureza” podia tratar uma pessoa doente, desde que o indivíduo tratado prestasse consentimento informado (House of Lords’ report 2000 cit. por Cambrella, 2012b, p.213). As MAC podiam, então, ser praticadas por qualquer indivíduo sem qualquer tipo de formação médica de acordo com a “Common Law” para a prática da medicina, desde que não se autointitulasse médico registrado sob a Lei Médica, sendo apenas necessário consentimento informado do paciente. A Common Law, no entanto, determinava que os indivíduos sem qualificação médica não podiam “curar ou tratar doenças e condições médicas específicas, por exemplo, câncer e doenças venéreas” (CAMbrella, 2012b, p. 213). Contudo os osteopatas e os quiropráticos, estavam regulamentados por lei, sendo considerado crime autotitular-se de osteopata ou quiroprático sem estar registado no General Osteopathic Council ou no General Chiropractic Council.

Na Áustria, país em que não existia regulamentação específica para as MAC, segundo a informação do projeto “CAMbrella” as MAC eram praticadas pelos médicos, “que estavam implicitamente autorizados a usar tratamentos MAC” de acordo com a Federal Medical Law (2012b, p. 59). Na Áustria muitos médicos possuíam um diploma de pelo menos uma das terapêuticas das MAC que lhes era atribuído pelo Conselho Médico Austríaco. Na Áustria, apesar das MAC serem praticadas pelos médicos, a profissão de osteopatia podia ser praticada por profissionais das MAC. Na Áustria a osteopatia não estava regulamentada (não sendo desse modo proibida ou reconhecida) e podia ser praticada por profissionais qualificados em medicina ou sem qualquer formação médica, designadamente tendo em atenção o quadro legal vigente, a osteopatia podia ser exercida por médicos e fisioterapeutas segundo o estudo CAMbrella. A informação do estudo CAMbrella não está clara no que se refere à osteopatia existindo aparentemente alguma inconsistência.

Na Finlândia os profissionais de saúde, que segundo a Lei de Profissionais de Saúde, tinham um título ocupacional protegido, podiam ser profissionais com formação em medicina ou profissionais “com formação, experiência e aptidões e conhecimentos profissionais adequados” (CAMbrella, 2012b, p. 98). As MAC, podiam deste modo, ser praticadas por profissionais formados em medicina ou não, ou seja, as MAC podiam ser praticadas por profissionais das MAC (CAMbrella, 2012b, p. 98).

Na Suécia a Lei de Segurança do Paciente define quais os profissionais considerados profissionais de saúde. Segundo a Lei de Segurança do Paciente os quiropráticos e os naprapatas são profissionais de saúde. No entanto, os praticantes das MAC em geral não são considerados profissionais de saúde de acordo com este regulamento. A Lei de Segurança do Paciente estabelecia que os profissionais de saúde registrados apenas podiam usar ou recomendar as MAC com evidência científica (CAMbrella, 2012b). Knox et al. (cit. por CAMbrella, 2012b, p. 194) afirmam que existiam exceções a estas normas: “Os prestadores de cuidados de saúde registrados podem ter permissão para praticar MAC nas raras ocasiões em que um paciente o solicite, não existam opções alternativas de tratamento convencional e o tratamento seja administrado em conjunto com o tratamento convencional”. Além disso, o tratamento MAC deve ser documentado como seguro. A nova Lei de Segurança do Paciente centralizava também a prática das MAC mais na segurança do paciente e nas preferências do paciente. No que se refere aos profissionais das MAC (profissionais de saúde não registados ou não considerados

profissionais de saúde pela regulamentação) a Lei de Segurança do Paciente estabelecia limitações à sua prática profissional nas situações em que o paciente se encontrasse nas seguintes condições:

*“Contagious diseases obliged to be reported; Cancer, other malignant tumors, diabetes, epilepsy or illness symptoms in association with pregnancy and delivery; Examination or treatment of patients undergoing anaesthesia or hypnosis; Treatment using radiology; Without personal examination, give written advice or recommendations for treatment; Examination or treatment of children under the age of eight; Adjust contact lenses.”*  
(CAMbrella, 2012b, p.195).

No Chipre apesar de apenas a medicina convencional ser reconhecida, e deste modo só os profissionais da medicina convencional estarem protegidos por lei, várias terapêuticas das MAC eram toleradas, sendo estas praticadas por profissionais das MAC não regulamentados por lei. A quiropraxia, no entanto, estava regulamentada, tendo o seu praticante obrigatoriamente de possuir um diploma ou certificado reconhecido e estar registrado, sob pena de praticar um crime se exercesse esta terapêutica sem estar registrado.

Na República Checa, as MAC não estavam regulamentadas a nível geral, existindo, no entanto, regulamentação para acupuntura, homeopatia, massagem, quiropraxia e fisioterapia. Na República Checa a acupuntura e a homeopatia só podiam ser praticadas por médicos, e a massagem, a quiropraxia e a fisioterapia só podiam ser praticadas por profissionais de saúde de acordo com regulamentação específica.

Na Estónia as MAC podiam ser praticadas pelos profissionais de saúde, designadamente médicos, dentistas, enfermeiras e parteiras, que estivessem inscritos no Conselho de Saúde (lei de organização dos serviços de saúde), desde que o tratamento estivesse de acordo com The Health Services Organisation Act (CAMbrella, 2012b, p. 93). No que se refere à homeopatia, profissão regulamentada por normas profissionais especiais, tanto os profissionais de saúde como os profissionais não qualificados em medicina podiam praticar a homeopatia.

Na Hungria as MAC podiam ser praticadas por médicos, profissionais com qualificação superior em saúde e praticantes das MAC, tendo todos, no entanto, que ter uma licença para praticar de acordo com os regulamentos. Para além disso os profissionais das MAC que não fossem médicos deviam estar registrados no sistema público de saúde. A

acupuntura, medicina antroposófica, medicina ayurvédica, quiropraxia, homeopatia, medicina manual, osteopatia, medicina tradicional chinesa (MTC), medicina tibetana tradicional e práticas Kneipp apenas podiam ser praticadas por médicos. A acupressão, cinesiologia, shiatsu (em terapias complementares de movimento e massagem), fitoterapia e reflexologia podiam ser exercidas por praticantes das MAC não médicos, ou seja, profissionais de saúde e profissionais das MAC. Na Hungria constatou-se, então, que as terapêuticas objeto de estudo no projeto CAMbrella, só podiam ser praticadas por médicos com exceção da massagem e da fitoterapia, assim como da naturopatia e napratia que não eram conhecidas no país com essa terminologia e desse modo não se sabe se eram ou não praticadas. Os profissionais das MAC não qualificados em medicina, não estavam regulamentados pelo estado.

Também na Letónia e Lituânia as MAC apenas podiam ser exercidas por profissionais com qualificação médica.

Em Malta as MAC podiam ser praticadas pelos profissionais das MAC regulamentados, ou seja, registados no Conselho para as Profissões Complementares à Medicina, pelos profissionais das MAC não regulamentados no que se refere aos tratamentos das MAC que não estavam regulamentados por lei, e pelos médicos. Os tratamentos de acupuntura, quiropraxia, osteopatia e fisioterapia estavam regulamentados por lei pelo que só podiam ser praticados pelos profissionais regulamentados. As profissões de acupuntura, quiropraxia e osteopatia apenas podiam ser exercidas por profissionais com licença de exercício que era atribuída a pessoas inscritas no Conselho de Profissões Complementares à Medicina e que cumprissem os requisitos de qualificação e um mínimo de 2 anos de exercício. A homeopatia podia ser praticada por médicos e profissionais não qualificados em medicina.

Na Polónia apenas profissionais com qualificação médica podiam praticar as MAC. No entanto, os profissionais das MAC podiam praticar homeopatia de acordo com “a Classificação de Bens e Serviços da Polónia, segundo a qual um homeopata regista sua atividade no ponto 85.14.13-00.30 definido como (55): «Serviços prestados por pessoal paramédico, incluindo serviços homeopáticos e semelhantes, excluindo serviços prestados por médicos »”, ou seja, a homeopatia fazia parte das atividades do paramédico (CAMbrella, 2012b, p. 165). A homeopatia, ao contrário do que sucedia em outros países europeus, não era considerada uma especialização médica.

Na Eslováquia as MAC não eram proibidas por lei pelo que podiam ser praticadas por qualquer pessoa tendo em atenção a Constituição Eslovaca. Contudo se o paciente fosse prejudicado o praticante das MAC podia “ser punido de acordo com o Código Penal - Lei nº 300/2005 Coll, §162 “Danos à saúde” ” (CAMbrella, 2012, p. 181). A homeopatia, terapêutica das MAC não regulamentada neste país, podia ser praticada por qualquer pessoa na Eslováquia.

Na Eslovénia, apesar de não compreendermos claramente se as MAC podiam ser praticadas legalmente pelos seus profissionais, entendeu-se que estas na data do estudo, segundo a Lei das MAC da Eslovénia poderiam ser praticadas por profissionais das MAC registrados. Os profissionais das MAC apenas se podiam registrar se tivessem “pelo menos uma educação secundária no domínio da saúde ou educação secundária e um teste de conhecimentos em saúde, além de uma licença válida” (CAMbrella, 2012b, p.186). A homeopatia, a quiropraxia e a osteopatia só podiam, contudo, “ser praticadas legalmente por aqueles que possuíssem um diploma de uma faculdade de medicina, conhecimentos de homeopatia, quiropraxia ou osteopatia e uma licença válida” (CAMbrella, 2012b, p. 186). No entanto, a Câmara Médica da Eslovénia em junho de 2008 através da Lei de Serviços de Médicos (Diário Oficial da República da Eslovénia, nº 58/2008) proibiu os médicos de praticar a homeopatia. A acupuntura apenas podia ser praticada por médicos com licença para praticar acupuntura.

Na Bulgária segundo a Lei da Saúde em vigor desde 1 de janeiro de 2005, os profissionais das MAC podiam praticar as terapêuticas das MAC regulamentadas, com exceção de homeopatia, se tivessem uma das seguintes formações académicas:

*“- mestrado na área da medicina dentária ou da farmacologia;*

*- bacharelado numa área profissional de saúde;*

*- diploma do ensino secundário e um certificado de formação concluída de pelo menos, quatro semestres numa escola superior de medicina nos termos e condições estipulados pelo Ministro da Saúde e pelo Ministro da Educação e Ciência” (CAMbrella, 2012b, p. 74).*

Na Bulgária a homeopatia só podia ser praticada por médicos ou médicos dentistas. A Lei da Saúde de acordo com a alínea 2 do artigo 166 proibia a prática das MAC que não estavam regulamentadas: “The use of non-conventional method for favorable impact on



individual health other than those under Paragraph 1 shall be prohibited” (CAMbrella, 2012b, p. 74).

Na Roménia somente médicos, dentistas e farmacêuticos podiam praticar acupuntura, homeopatia, apiterapia, fitoterapia, quiropraxia, osteopatia e medicina tradicional chinesa. A ayurveda, modalidade legalmente reconhecida na Roménia, na lei MAC 118/2007, podia ser praticada por médicos, dentistas e nutricionistas.

A terapêutica “massagem” era praticada por profissionais das MAC devidamente certificados, designadamente com certificado de frequência de curso de formação na área reconhecido pelo Ministério do Trabalho, Família e Proteção Social e Ministério da Educação, Juventude e Desportos. Os profissionais das MAC, ou seja, praticantes sem diploma de médico, dentista ou farmacêutico podiam praticar terapias MAC “(exceto aquelas permitidas apenas para médicos) após um breve treinamento especial credenciado pelo Ministério da Saúde” (CAMbrella, 2012b, p. 172).

Na Croácia, no âmbito da legislação governamental croata de 31 de maio de 2007, a “Lei da classificação nacional de serviços”, era permitido aos profissionais das MAC exercer. Na Croácia as MAC podiam deste modo ser praticadas pelos profissionais das MAC e pelos médicos.

Constatamos deste modo que as MAC na maioria dos países são praticadas por médicos ou profissionais de saúde e não por profissionais das MAC.

## Formação obrigatória exigida para o exercício das práticas das MAC

Tabela 18 - Formação obrigatória exigida para o exercício das práticas das MAC

	Acup.	Ayurv.	Quirop.	Fitot.	Homeop.	Massag.	Naprap.	Osteop.	MTC
Bélgica						Certificado que atesta a conclusão de um curso secundário			
Dinamarca			PS3 - Diploma de pós-secundário (3-4 anos)						
Alemanha					Exame	Certificado que atesta a conclusão de um secundário			
Itália						Diploma (ensino pós-secundário)			
Luxemburgo						Diploma (ensino pós-secundário)			
Estónia					Exame				
Portugal						Certificado que atesta a conclusão de um curso secundário			
Reino Unido			PS4 - Diploma de nível pós-secundário (4 anos)					PS4 - Diploma de pós-secundário (4 anos)	
Áustria						Certificado que atesta a conclusão de um curso secundário.			
Finlândia			Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)			Certificado de conclusão de curso secundário	Diploma (ensino pós-secundário)	PS3 - Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)	
Suécia			PS3 - Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)		600 Horas de formação		PS3 - Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)		
Chipre			DSE (ensino pós-secundário) incluindo Anexo II						
República Checa						Certificado que atesta a conclusão de um curso secundário			
Hungria						DSE - Diploma (ensino pós-secundário)			
Malta	PS3- Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)		PS3- Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)					PS3- Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)	
Polónia						DSE - Diploma (ensino pós-secundário)			
Eslovénia		Educação secundária no domínio da saúde ou educação secundária e um teste de conhecimentos em saúde				SEC - Certificado que atesta a conclusão de um curso secundário			Educação secundária no domínio da saúde ou uma educação secundária e um teste de conhecimentos em saúde

Bulgária	Diploma de especialista ou bacharelado na área profissional de saúde; Diploma de ensino médio e um certificado de formação concluído em uma escola de medicina superior	Diploma de especialista ou bacharelado na área profissional de saúde; Diploma de ensino médio e um certificado de formação em uma escola de medicina superior		Diploma de especialista ou bacharelado na área profissional de saúde; Diploma de ensino médio e um certificado de formação em uma escola de medicina superior		PS3 - Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)		Diploma de especialista ou bacharelado na área profissional de saúde; Diploma de ensino médio e um certificado de formação em uma escola de medicina superior	Diploma de especialista ou bacharelado na área profissional de saúde; Diploma de ensino médio e um certificado de formação em uma escola de medicina superior
Roménia						Certificado de curso de massagem administrado pelos formadores credenciados pelo CNFPA - Consiliul Nacional de Formare Profesionala a Adulto.			

Na Tabela 18 optou-se por não fazer qualquer referência à formação/educação exigida aos profissionais médicos ou aos profissionais de saúde para praticarem as MAC. Face a isso quando a terapêutica das MAC pode apenas ser praticada por médicos ou profissionais de saúde não é feita qualquer referência às habilitações académicas exigidas, deduzindo-se, no entanto, que pelo menos é necessário licenciatura em medicina no caso dos médicos ou formação académica em saúde ou medicina.

Na Bélgica tendo em atenção como já referido que a prática das MAC estava reservada aos médicos, dentistas ou parteiras, apesar de em 1999 o parlamento belga ter aprovado uma lei sobre práticas não convencionais (a “Lei do ministro Colla”), esta não se encontrava em vigor, pelo que apenas encontramos referência relativamente à formação exigida para o exercício da massagem. A profissão de massagista estava regulamentada pelo “Royal decree of the 21st December 2006 about the professional competence for the independent practice of bodily care, of the optician, the dental technician and the undertaker” e registada na Base de Dados de profissões da União Europeia.

Na Dinamarca para exercer quiropraxia é necessário ter uma formação de Nível de PS3 - Diploma pós-secundário (3-4 anos).

Na Alemanha “de acordo com a lei de Heilpraktiker, os praticantes de homeopatia devem ser registrados após aprovação em um exame administrado pelas autoridades de saúde locais, a fim de provar que possuem conhecimento suficiente em medicina e legislação de saúde” (CAMbrella, 2012, p. 107). No que se refere aos osteopatas na Alemanha eles

têm em média 1.200 horas de formação, sendo quase metade dessa formação em terapia manual e osteopatia.

Na Grécia com exceção de acupuntura, os tratamentos das MAC praticados por médicos e não médicos não requeriam quaisquer condições de qualificação oficial.

Na Itália apenas a profissão de massagista, podia ser considerada uma modalidade das MAC praticada por profissionais das MAC. Isto se tivermos em atenção que não era exigido a estes profissionais de saúde regulamentados um nível de qualificação médico ou clínico.

No Luxemburgo a profissão de massagista estava regulamentada desde 1969, sendo necessário para a prática desta atividade autorização do Ministério da Saúde, ou seja, uma licença emitida por este organismo governamental. A licença é concedida pelo Ministério da Saúde se o candidato a massagista possuir um diploma no Luxemburgo nessa área, ou um diploma estrangeiro reconhecido pelo Ministério da Educação Nacional ou pelo Ministério do Ensino Superior.

Na Estónia existiam dois tipos de “massagem”: a “massagem terapêutica” praticada por massoterapeutas, profissionais registados no Estonian Manual Medicine & Chiropractic Association (EMMCA)<sup>69</sup> com o nome Registered Massage Therapist ou R.M.T. , com o nível de qualificação de licenciatura; e a “massagem” praticada por indivíduos não licenciados, que não tinham qualquer qualificação para prestar cuidados terapêuticos e que essencialmente praticavam técnicas simples de “relaxamento. Concluímos deste modo que a prática da “massagem terapêutica” estava reservada deste modo aos profissionais de saúde e a “massagem” aos profissionais das MAC. O tratamento de homeopatia também podia ser praticado por profissionais não qualificados em medicina, ou seja, por profissionais das MAC. Os homeopatas não qualificados em medicina, tinham, no entanto, que realizar o exame do Conselho Profissional (o Conselho Profissional das MAC é uma entidade reconhecida pelo estado) e passar, para poder praticar esta terapêutica.

Na data da realização do estudo CAMbrella o processo de regulamentação das MAC em Portugal não estava concluído. As portarias referentes aos ciclos de estudos conducentes ao grau de licenciado nas diversas terapêuticas não convencionais regulamentadas que

---

<sup>69</sup> A “Medicine & Chiropractic Association (EMMCA) “era uma associação profissional e órgão regulador que representava e regulamentava os profissionais de saúde da Estónia nas áreas da medicina manual e natural” (CAMbrella, 2012b, p.94).

permitiriam o acesso à profissão nessas áreas das MAC não tinham ainda sido publicadas em Diário da República.

Na Espanha não existia regulamentação sobre a formação e qualificação dos profissionais das MAC.

No Reino Unido para a medicina ayurvédica, terapêutica não regulamentada por lei, existia um curso de mestrado integrado de 4 anos oferecido pelo College of Ayurveda em conjunto com a Middlesex University.

Na Áustria diversos tipos de massagista estavam regulamentados de acordo com a Act “Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz – MMHmG”- BGBl. I Nr. 169/2002”:

- Masseur - Nível de qualificação: DSE - Diploma (ensino pós-secundário) ;
- Medizinischer/r Masseur/in (AT) - Certificado SEC que atesta a conclusão de um curso secundário;
- Heilmasseurin/Heilmasseur (AT) - Certificado que atesta a conclusão de um curso secundário.

Contudo não nos foi possível concluir perante o estudo CAMbrella se alguma destas modalidades de massagista podia ser praticada por profissionais das MAC, nomeadamente a de “Medizinischer/r Masseur/in” e de “Heilmasseurin/Heilmasseur” que não exigiam um nível de qualificação superior. No nosso entender, no entanto, parece-nos que sim uma vez que para a sua prática era apenas necessário certificado que atestasse conclusão de curso secundário.

Na Suécia os profissionais das MAC podiam praticar homeopatia após a conclusão de 600 horas de formação.

Na República Checa massagista era uma profissão regulamentada com dois títulos que apresentavam níveis de qualificações diferentes:

- “Masér / nevidomý a slabozraký maser” - exige um nível de qualificação ATT– Atestado de Competência - realizada para tratar problemas de saúde associados a várias doenças e praticada por fisioterapeutas e equipas médicas devidamente qualificadas de acordo com a Lei de Educação n° 96/2004 Coll;

- “Masérské, rekondični a regeneračni služby” – exige um nível de qualificação SEC - Certificado que atesta a conclusão de um curso secundário - tratamento prestado a pessoas saudáveis por massagistas, regulamentado na Lei de Licenciamento do Comércio (374/2004 Coll.).

No estudo CAMbrella não fica esclarecido se os profissionais das MAC podiam praticar a modalidade de massagista “Masérské, rekondični a regeneračni služby”, apesar de a nosso entender nos parecer que sim, tendo em atenção o nível de qualificação exigido.

Hungria todos os praticantes das MAC, médicos e não médicos para exercer estas terapêuticas tinham que ter formação nas MAC de dois anos pelo menos e realizar um exame considerado como licença para o exercício destas terapêuticas. Os médicos têm que realizar um exame universitário, sendo a Universidade de Pécs, instituição de ensino das MAC, exclusiva para médicos na Hungria. Os profissionais das MAC não médicos realizavam cursos principalmente no Institute of Continuing Educatio e outras instituições educacionais. Os profissionais das MAC, não médicos tinham que ter educação em cuidados de saúde e uma licença para exercer a profissão do Hungarian Further Education (instituto para enfermeiras e outros profissionais de saúde) (CAMbrella, 2012b, p. 115). Os médicos para poderem praticar acupuntura médica, medicina tradicional chinesa, terapia neural, medicina antroposófica, medicina ayurvédica e medicina manual tinham de realizar um exame numa universidade médica após frequentar um cursos de pós-graduação pelo período 2 anos, sendo esse exame considerado uma licença para o exercício dessas terapêuticas.

Em Malta os tratamentos de acupuntura, quiropraxia, osteopatia e fisioterapia estavam regulamentados por lei (210), e as respetivas profissões registadas na Base de Dados de profissões regulamentadas da UE. No que se refere às restantes MAC não existia qualquer regulamentação. Na sequência disso apenas para as MAC regulamentadas era exigido uma formação específica como se pode verificar na Tabela 18.

Na Polónia a profissão de massagista estava regulamentada e registada na Base de Dados da UE, sendo necessário para poder exercer esta atividade uma formação específica como é possível observar na Tabela 18. No entanto, no estudo CAMbrella, não fica esclarecido quais os profissionais que podiam exercer esta atividade profissional, isto é, se esta prática das MAC podia ser exercida por profissionais das MAC.

Na Eslovénia como já referido os profissionais das MAC, não qualificados em medicina, para se poderem registar e praticar as MAC, tinham que ter uma “formação secundária no domínio da saúde ou formação secundária e um teste de conhecimento na área de saúde” (CAMbrella, 2012b, p. 186), não podendo, no entanto, praticar homeopatia, quiropraxia e osteopatia restritas aos qualificados em faculdades de medicina. No âmbito da Lei de Medicina Complementar e Alternativa - (Diário Oficial da República da Eslovénia, nº 94/2007; ActZakon o zdravilstvu (ZZdrav) em outubro de 2007) -, a medicina tradicional chinesa (MTC), a ayurveda, a homeopatia e outros sistemas das MAC<sup>70</sup> eram considerados modalidades das MAC (CAMbrella, 2012b). Desse modo os profissionais que tinham “formação secundária no domínio da saúde ou formação secundária e um teste de conhecimento na área de saúde” podiam praticar medicina tradicional chinesa (MTC), massagem (incluída em outros sistemas das MAC) e ayurveda, assim como outras modalidades MAC devido estarem contempladas na Lei de Medicina Complementar e Alternativa de outubro de 2007 (CAMbrella, 2012b, p.186).

Na Bulgária a Lei da Saúde, em vigor desde 1 de janeiro de 2005, estabelecia como modalidades das MAC:

1. *A utilização de produtos não farmacêuticos de origem orgânica;*
2. *A utilização de produtos não farmacêuticos de origem mineral;*
3. *O uso de métodos físicos não convencionais;*
4. *Homeopatia;*
5. *Acupuntura e acupressão;*
6. *Métodos de teste de íris, pulso e auricular;*
7. *Dietética e fome curativa*”(CAMbrella, 2012b, p. 74).

De acordo, então, com a Lei da Saúde da Bulgária apenas estas modalidades das MAC podiam ser praticadas, - sendo as restantes proibidas, - pelos profissionais das MAC que possuíssem como já referido, com exceção da homeopatia, “um mestrado na área profissional de medicina, medicina dentária ou farmacologia, um bacharelato na área profissional de saúde ou um diploma do ensino secundário e um certificado de formação concluída de, pelo menos, quatro semestres numa escola superior de medicina nos termos e condições estipulados pelo Ministro da Saúde e pelo Ministro da Educação e Ciência”

---

<sup>70</sup> Tais como os "métodos de interação entre mente e corpo", os "métodos biológicos", os "métodos manipulativos e baseados no corpo" e os "Métodos de energia".

(CAMbrella, 2012b, p. 74). A homeopatia apenas podia ser praticada por médicos e dentistas.

Na Roménia a maioria das MAC regulamentadas no país, pelo menos no que se refere aquelas que eram objeto de estudo do projeto CAMbrella, e do nosso próprio estudo, apenas podiam ser praticadas por médicos ou profissionais de saúde. Na Roménia apenas no que se refere à modalidade de “massagem” é que encontramos o nível de qualificação exigido para a sua prática.

No que se refere à França, à Irlanda, à Holanda, à Letónia, à Lituânia, à Eslováquia e à Croácia não constam na Tabela 18 devido a um destes dois fatores: não termos encontrado informação relativa às habilitações académicas exigidas aos profissionais das MAC para exercício da sua profissão; as MAC eram apenas praticadas por médicos ou profissionais de saúde.

Nas terapêuticas medicina antroposófica, naturopatia e terapia neural não encontramos qualquer registo, em nenhum dos países da União Europeia relativamente às habilitações académicas exigidas aos profissionais das MAC.



## Supervisão das Medicinas Alternativas e Complementares

Tabela 19 - Supervisão das Medicinas Alternativas e Complementares

	Países com Supervisão	Países sem Supervisão
Bélgica		X
Dinamarca		X
França		X
Alemanha		X
Grécia		
Irlanda		X
Itália		X
Luxemburgo		X
Holanda		X
Portugal		X
Espanha		X
Reino Unido		X
Áustria		X
Finlândia		X
Suécia		X
Chipre		X
República Checa		X
Estónia		X
Hungria	X	
Letónia		X
Lituânia		X
Malta	X	
Polónia		X
Eslováquia		X
Eslovénia		X
Bulgária	X	
Roménia		X
Croácia		X

Na Tabela 19 apenas os Estados-Membros da UE que segundo informação do relatório “CAMbrella” tinham organismos próprios para supervisão dos profissionais das MAC (não médicos ou profissionais de saúde) foram considerados como um país com supervisão.

Na Bélgica, onde as MAC eram praticadas pelos médicos e os profissionais de saúde, a prática dos médicos era supervisionada pela Ordem dos Médicos, uma instituição não governamental. A Ordem dos Médicos não aprovava a prática das MAC que não apresentassem evidências clínicas.

Na Dinamarca os quiropráticos eram considerados profissionais de saúde sendo deste modo incluídos no sistema regulador de supervisão dos profissionais de saúde. Contudo no que se refere à prática dos profissionais das MAC não existia qualquer supervisão governamental.

Na França, em que a prática das MAC era apenas permitida aos médicos e profissionais de saúde, a supervisão era realizada através de dois mecanismos de autorregulação:

“• Associações profissionais de médicos, farmacêuticos, dentistas e parteiras que se preocupam com a ética médica e a supervisão do exercício profissional.

• Sindicatos que zelam pelos interesses de diferentes grupos profissionais”  
(CAMbrella, 2012b, p. 103)

Na Alemanha, no que se refere aos médicos que praticavam as MAC, existia supervisão através das associações médicas. Relativamente aos profissionais das MAC o relatório CAMbrella não faz referência à supervisão destes.

Na Grécia não nos foi possível compreender se os indivíduos que praticavam estas terapêuticas, sejam médicos, profissionais de saúde ou profissionais das MAC, eram supervisionados por algum organismo institucional.

No Luxemburgo onde as MAC eram praticadas por médicos e profissionais de saúde, o conselho superior para as profissões de saúde, autoridade competente para impor ações disciplinares contra esses profissionais, de acordo com a lei de 26 de março de 1992, supervisionava o cumprimento do código de ética por esses profissionais.

Na Espanha as autoridades governamentais eram tolerantes com as MAC desde que estas se apresentassem como um serviço de aconselhamento. No que se refere à prática dos médicos esta estava sob a supervisão do Conselho de Faculdades de Medicina.

Na Áustria eram os tribunais e uma comissão disciplinar local competente que controlavam a conduta médica. A atuação da comissão disciplinar local competente estava sob a supervisão do conselho disciplinar da Câmara Médica Austríaca. Também na Áustria o tribunal era tolerante com os profissionais das MAC, sendo aplicada a lei apenas aos profissionais que usavam terapêuticas sem evidência científica.

Na Finlândia existia um organismo designado Autoridade Supervisora Nacional de Bem-estar e Saúde responsável pela supervisão nacional de profissionais de saúde. Deste modo os profissionais das MAC regulamentados, considerados profissionais de saúde, eram supervisionados por esse mesmo organismo. Os profissionais praticantes das MAC não regulamentados, não eram considerados profissionais de saúde e deste modo não eram supervisionados.

Na Suécia os profissionais de saúde registrados, de acordo com a Lei de Segurança do Paciente, eram supervisionados pelo “Socialstyrelsen”.

Na Estónia os médicos e os profissionais de saúde, tais como dentistas, enfermeiras e parteiras eram supervisionados de acordo com a lei de organização de serviços de saúde (CAMbrella, 2012b, p. 94). Para os profissionais das MAC não existia nenhum sistema regulatório de supervisão.

Na Hungria o “National CAM Supervisor Committee” “tem o direito de controlar e punir” (CAMbrella, 2012b, p. 117). Para além disso os profissionais das MAC regulamentados eram supervisionados pelo sistema supervisor governamental do médico-chefe (CAMbrella, 2012b, p. 117).

Na Letónia os profissionais das MAC que praticavam acupuntura, homeopatia e medicina ayurvédica eram “supervisionados por uma comissão de especialistas que representavam a Sociedade Médica da República da Letónia e as associações médicas profissionais” (CAMbrella, 2012b, p.134).

Na Lituânia os médicos e os enfermeiros estavam regidos pela Inspeção de Auditoria Médica do Ministério da Saúde.

Em Malta, em que as profissões de acupuntura, quiropraxia e osteopatia se encontravam regulamentadas e registradas na Base de Dados das profissões regulamentadas da União Europeia, de acordo com a Lei das Profissões de Saúde, o Conselho para as Profissões Complementares à Medicina tinha “o poder de investigar a má conduta ou violação da ética por profissionais” registrados no Conselho (CAMbrella, 2012b, p.153). Isto de acordo com o que compreendemos no relatório CAMbrella.

Na Polónia, os médicos e profissionais de saúde praticantes das MAC, designadamente médicos, dentistas, enfermeiras, parteiras e farmacêuticos, tinham que estar obrigatoriamente filiados em três associações ou câmaras que “supervisionavam reclamações de negligência profissional e podiam revogar a permissão para praticar” (CAMbrella, 2012, p.163).

Na Eslováquia apenas os profissionais de saúde regulamentados, tais como médicos, enfermeiras, parteiras, fisioterapeutas, trabalhadores de saúde pública, assistentes médicos e massagistas estavam sujeitos a supervisão, designadamente pela Autoridade de

Vigilância dos Cuidados de Saúde. Face a isso os profissionais praticantes das MAC não regulamentados não estavam sujeitos a qualquer supervisão.

Na Eslovénia na data do estudo CAMbrella estava a decorrer o processo de regulamentação das MAC, existindo uma lei geral das MAC que previa a realização de supervisão profissional. No entanto, na data do estudo CAMbrella o processo ainda não estava concluído e ainda não existia regulamentação relativa à supervisão dos profissionais das MAC.

Na Bulgária de acordo com a lei de saúde de 2005 os profissionais das MAC registrados estavam sujeitos à supervisão (CAMbrella, 2012b, p.75)

Na Roménia havia determinadas modalidades das MAC que apenas podiam ser praticadas por médicos e profissionais de saúde como já mencionado pelo que a supervisão da prática das MAC é relativa aos médicos. “Supervision and practice control activities of CAM in Romania is regulated by the law on professional organizations of medical practitioners of CAM (237). With the Medical Practitioners Order, CAM specialized committees for each area of practise of CAM, are bound to regulate professional practitioners in the specific area” (CAMbrella, 2012b, p.172).

Na Croácia segundo o relatório CAMbrella não havia supervisão dos profissionais das MAC.

A Tabela 19 revela que apenas três países tinham organismos próprios de supervisão dos profissionais das MAC.

### **2.3.2. Profissões das MAC registradas na Base de Dados de Profissões Regulamentadas da União Europeia**

No site da União Europeia existe uma Base de Dados de profissões regulamentadas e registradas pelos países membros da União Europeia. Face a isso realizámos uma análise detalhada relativamente a cada país membro da União Europeia, tendo identificado inicialmente todas as profissões regulamentadas e registradas na Base de Dados por cada país. Posteriormente para cada país membro da União Europeia identificámos entre o número total das suas profissões regulamentadas e registradas na Base de Dados da União Europeia as profissões referentes às Medicinas Alternativas e Complementares. Nas profissões das MAC registradas na Base de Dados da União Europeia tivemos em atenção a descrição das suas atividades e o nível de qualificação exigido para o seu exercício legal. A Tabela 20 foi construída, deste modo, com base na informação recolhida na Base de Dados de profissões regulamentadas da União Europeia.

A Tabela 20 permite analisar de forma global a situação das MAC na União Europeia, ainda que alguns dos países membros não registem na Base de Dados todas as suas profissões regulamentadas designadamente no domínio das MAC. Para além disso possibilita, ainda que de forma limitada tendo em atenção que uma profissão das MAC pode estar regulamentada em determinado país e não registrada na Base de Dados da UE, uma análise comparativa não só relativamente de país para país como também de terapêutica para terapêutica.

Esta análise possibilitou também verificar qual o desenvolvimento das MAC ao longo dos últimos anos, ao permitir comparar as profissões das MAC registadas na Base de Dados da UE em dois períodos distintos, em 2021 e em 2012. Os dados deste estudo referentes ao registo das profissões das MAC na Base de Dados da UE do ano de 2012 tiveram subjacente o estudo “CAMbrella” elaborado em 2012.

Nesta análise não considerámos a profissão de fisioterapeuta como uma profissão das Medicinas Alternativas e Complementares.

Tabela 20 – Profissões das MAC regulamentadas e registradas na Base de Dados da União Europeia em 2021

	Profissão Regulam Regist. na UE	Nome da Profissão registada no País	Descrição da atividade	Habilitação Académica necessária para a sua prática	Sem Profis. Regul. Regist. na UE
Bélgica					X
Dinamarca	X	Osteopat	Osteopatia é um tratamento no qual o terapeuta (osteopata) percebe o corpo como auto-regulador e autocurativo. O tratamento osteopático é baseado nessa percepção do corpo do paciente e consiste na terapia osteopática manual, técnica denominada "Tratamento Osteopático Manipulativo" (TMO). Um osteopata tem o direito de realizar o tratamento de manipulação da coluna vertebral.	Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)	
França	X	Osteopathe	Osteopatia é um conjunto de práticas manuais destinadas a identificar disfunções da mobilidade no corpo humano e remediá-las com a terapia adequada.	Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)	
Alemanha					X
Grécia					X
Irlanda					X
Itália					X
Luxemburgo					X
Holanda					X
Portugal	X	Acupuntor	A acupuntura é a terapêutica que utiliza métodos de diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios assentes em axiomas e teorias da acupuntura, utilizando a rede dos meridianos, pontos de acupuntura e zonas reflexológicas do organismo humano, com o fim de prevenir e tratar as desarmonias energéticas, físicas e psíquicas.	Diploma de nível pós-secundário (exatamente 4 anos)	
		Naturopata	A naturopatia é a terapêutica que estuda as propriedades e aplicações dos elementos naturais, a fim de prevenir a doença e manter, promover e restaurar a saúde, recorrendo ainda ao aconselhamento dietético naturopático e à orientação sobre estilos de vida e utilizando a fitoterapia, a homeopatia, a hidroterapia, a geoterapia, as terapias da manipulação e outros métodos afins.	Diploma de nível pós-secundário (exatamente 4 anos)	
		Osteopata	A osteopatia é a terapêutica que tem como objetivo diagnosticar diferencialmente, tratar e prevenir distúrbios neuro -músculo -esqueléticos e outras alterações relacionadas, utilizando uma variedade de técnicas manuais e outras afins necessárias ao bom desempenho osteopático para melhorar funções fisiológicas e ou a regulação da homeostase que pode estar alterada por disfunções somáticas, neuro-músculo-esqueléticas e elementos vasculares, linfáticos e neuronais relacionados.	Diploma de nível pós-secundário (exatamente 4 anos)	
		Quiroprático	A quiropraxia é a terapêutica que se baseia no diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do Sistema neuro -músculo -esquelético, principalmente a subluxação (no conceito da quiropraxia), bem como nos efeitos destes distúrbios no estado geral de saúde e no bem - star do indivíduo.	Diploma de nível pós-secundário (exatamente 4 anos)	
Espanha					X
Reino Unido	X	Arts therapist	Um terapeuta de arte, música ou drama encoraja as pessoas a expressarem seus sentimentos e emoções por meio da arte, como pintura e desenho, música ou drama. Títulos protegidos: Art Psychotherapist, Art Therapist, Dramatherapist, Music Therapist. Modalidades: Arteterapia, Drama Terapia, Musicoterapia.	Diploma de nível pós-secundário (exatamente 4 anos)	
Áustria	X	Musiktherapeutin / Musiktherapeut	A musicoterapia consiste no tratamento deliberado e planejado de pessoas com distúrbios e condições comportamentais induzidas por fatores emocionais, somáticos, intelectuais ou sociais por meio de intervenções musicais em uma relação terapêutica entre um ou mais clientes e um ou mais terapeutas com o objetivo de prevenir , atenuando ou eliminando sintomas ou mudando comportamentos e atitudes que requerem tratamento ou promovendo e mantendo ou restaurando o desenvolvimento, maturidade e saúde do cliente. O musicoterapeuta realiza as atividades descritas acima, em particular para fins de prevenção, incluindo promoção da saúde, tratamento de doenças agudas e crônicas, reabilitação, promoção de habilidades sociais, incluindo supervisão e educação e pesquisa.	Diploma de nível pós-secundário (mais de 4 anos)	
Finlândia					X
Suécia					X
Chipre					X
República Checa					X
Estónia					X
Hungria	X	Fitoterápia	Ele exerce atividades farmacêuticas em uma farmácia pública, e gerencia as atividades de farmacêuticos subordinados e auxiliares de farmácia. Como especialista em remédios naturais e fitoterapia, a farmácia fornece principalmente aconselhamento farmacêutico sobre ervas, farmacologia e terapia fitoterápica, preparações fitoterápicas, plantas venenosas, intoxicações por ervas e suplementos dietéticos.	Diploma de nível pós-secundário (mais de 4 anos)	
Letónia	X	Masieris	A competência do massagista é realizar uma massagem corporal, observando a intensidade e duração do procedimento exigido pelo paciente, utilizar dispositivos médicos e substâncias terapêuticas adequadas na massagem, cuidar do paciente após a massagem, promover e participação consciente do paciente no processo de recuperação.	Diploma de nível pós-secundário (3-4 anos)	
		Mākslas terapeits	É competência do arteterapeuta descrever e explicar os conceitos médicos, das ciências sociais (psicologia) e da arte que se aplicam à prática do arteterapeuta.	Diploma de nível pós-secundário (mais de 4 anos)	
Lituânia					X
Malta					X

Polónia					X
Eslováquia					X
Eslóvenia	X	Zdravilec (Pratic. de Medicina Alternativa)	As atividades de cura realizadas pelo médico alternativo com o objetivo de melhorar a saúde do usuário do serviço incluem a utilização dos seguintes sistemas de saúde: Medicina tradicional chinesa; - Ayurveda - Medicina tradicional indiana; - Homeopatia;- outros medicamentos.	Diploma de nível pós-secundário (exatamente 4 anos)	X
Bulgária					X
Roménia					X
Croácia	X	Maser - kupeljar	O massagista oferece vários tipos de massagens médicas e cosméticas. Ele faz massagens cosméticas sozinho. A massagem médica no tratamento da fisioterapia é realizada sob a supervisão de um fisioterapeuta.	Atestado de competência	

A Bélgica não tinha qualquer profissão da área das medicinas alternativas e complementares registrada na Base de Dados da União Europeia, com a exceção da profissão de massagista que já se encontrava registrada na data de realização do projeto CAMbrella, ou seja, em 2012.

No que se refere à Dinamarca encontramos a profissão de osteopata regulamentada e registrada na Base de Dados da União Europeia. A Dinamarca na data do estudo CAMbrella não tinha a profissão de osteopata regulamentada e registrada na Base de Dados da UE.

Em França a profissão de osteopatia que se encontrava regulamentada mas não registrada na Base de Dados da União Europeia no estudo CAMbrella, está presentemente registrada na Base de Dados da União Europeia.

Em Portugal os tratamentos em acupuntura, quiropraxia, naturopatia, fitoterapia, homeopatia e osteopatia estavam regulamentados na data do projeto CAMbrella. No entanto, a profissão dessas terapêuticas não estava regulamentada e nem registrada. As restantes modalidades das MAC, inclusive medicina tradicional chinesa, não estavam regulamentadas. Na data deste estudo as profissões de acupuntor, naturopata, osteopata e quiroprático estavam regulamentadas e registradas na Base de Dados da UE.

No Reino Unido estão registradas na Base de Dados da União Europeia a profissão de quiropraxia e de osteopatia, que já se encontravam registradas no estudo CAMbrella e a modalidade de arte terapêutica que não foi considerada no referido estudo mas que nos parece relevante salientar o seu registo na medida que demonstra como a nível europeu existe uma diversidade enorme relativamente à prática das MAC.

Na Áustria a profissão de massagista já estava regulamentada em 2012 como se verificou anteriormente na Tabela 9. Na Áustria a profissão terapêutica de musicoterapia está regulamentada e registrada na Base de Dados da União Europeia, em 2021.

Na Finlândia as profissões de quiroprático, de massagista, de naprapata e de osteopata estão regulamentadas e registradas na Base de Dados da União Europeia há já alguns anos como é possível constatar nas Tabelas 7, 10, 11 e 14 respetivamente.

No que se refere à Finlândia, Suécia, Chipre, República Checa e Estónia não se verificou qualquer alteração desde o projeto “CAMbrella”.

Na Hungria foi regulamentada e registrada na Base de Dados da União Europeia a profissão de fitoterapeuta.

Na Letónia a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia, a osteorreflexoterapia e a hipnoterapia são especialidades médicas registradas na Base de Dados da União Europeia. Face a isso estas profissões não foram consideradas na Tabela 20.

Em Malta as profissões de acupuntor, quiroprático e osteopata já estavam regulamentadas e registradas na data do projeto “CAMbrella”.

No que se refere à Polónia também não houve qualquer alteração na Base de Dados da União Europeia relativamente às MAC.

Na Eslovénia existe a profissão de Zdravilec (praticante de medicina alternativa) que pode praticar Medicina tradicional chinesa, Ayurveda - Medicina tradicional indiana e Homeopatia.

A Roménia, a Croácia, a França, a Letónia, a Estónia, a Holanda, Portugal, Espanha, Grécia e a Irlanda no estudo “CAMbrella” não tinham nenhuma profissão das Medicinas Alternativas e Complementares registrada na Base de Dados das profissões regulamentadas da União Europeia .

O registo na Base de Dados das profissões regulamentadas da UE dos diversos países é bastante diversificado, verificando-se que a regulamentação das MAC na União Europeia é bastante diferente de país para país, apresentando cada país registo de diferentes profissões das MAC.

A profissão regulamentada mais registrada foi a de osteopata apesar de não apresentar um número significativo.



Tabela 21 – Profissões das MAC regulamentadas e registradas na Base de Dados da União Europeia em 2012 e 2021

	Profissão Regulam. Regist. na UE 2012	Profissão Regulam. Regist. na UE 2021	Sem Profis. Regul. Regist. na UE
Bélgica	Massagem		
Dinamarca	Quiropraxia	Osteopat	
França		Osteopathe	
Alemanha	Massagem		
Grécia			X
Irlanda			X
Itália	Massagem		
Luxemburgo	Massagem		
Holanda			X
Portugal		Acupuntor Naturopata Osteopata Quiroprático	
Espanha			X
Reino Unido	Quiropraxia Osteopatia	Arts therapist	
Áustria	Massagem	Musiktherapeutin / Musiktherapeut	
Finlândia	Quiropraxia Massagem Naprapatia osteopatia		
Suécia	Quiropraxia Naprapatia		
Chipre	Quiropraxia		
República Checa	Massagem		
Estónia			x
Hungria	Massagem	Fitoterápia	
Letónia		Masieris	
		Mākslas terapeits	
Lituânia	Massagem		
Malta	Acupuntura Quiropraxia Osteopatia		
Polónia	Massagem		
Eslováquia	Massagem		
Eslovénia	Massagem	Zdravilec (Pratic. de Medicina Alternativa)	
Bulgária	Massagem		
Roménia			X
Croácia		Maser - kupeljar	

Na Tabela 21, construída com dados recolhidos do projeto CAMbrella, e dados recolhidos em 2021 na Base de Dados de profissões regulamentadas da União Europeia, verifica-se que a Roménia, a Estónia, a Holanda, a Espanha, a Grécia e a Irlanda na data da realização deste estudo, tal como na data do estudo “CAMbrella”, não tinham nenhuma profissão regulamentada da área das Medicinas Alternativas e Complementares registada na Base de Dados das profissões regulamentadas da União Europeia.

A Croácia, a França, a Letónia e Portugal na data deste estudo, ao contrário do que se verificava aquando a realização do projeto “CAMbrella”, tinham registado algumas profissões regulamentadas na área das MAC na Base de Dados das profissões regulamentadas da União Europeia, demonstrando ter havido, talvez, um desenvolvimento positivo na regulamentação das MAC. Tal sucedeu designadamente em Portugal em que o processo de regulamentação das MAC, desde a realização do estudo “CAMbrella” até à data deste estudo, sofreu uma evolução que culminou na efetiva legalização de seis profissões das MAC. Para além disso também na Eslovénia nos parece ter havido um desenvolvimento positivo no processo de regulamentação das MAC na sequência da regulamentação e registo da profissão Zdravilec (Pratic. de Medicina Alternativa).

Os dois países da União Europeia com maior número de profissões regulamentadas e registradas na Base de Dados da UE no domínio das MAC é Portugal e a Finlândia.

Portugal, contudo, não registou a profissão de fitoterapeuta, de terapeuta de medicina tradicional chinesa e de homeopata (neste caso ainda em processo de regulamentação).

### **2.3.3 Os resultados do relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019”**

Neste ponto inicialmente, numa microanálise, com os resultados do relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” relativos a cada um dos países membros da União Europeia para os quais é apresentada informação (para alguns dos países membros na UE não existia informação disponível) construímos a Tabela 22, tentando demonstrar qual a situação das MAC na União Europeia no ano de 2018. Posteriormente apresentamos uma análise mais global, partindo de uma análise geral dos resultados relativos às seis regiões geográficas - e seus respetivos países (países que são Estados-Membros da OMS) - definidas pela Organização Mundial de Saúde, realizamos uma análise comparativa entre os resultados dos Estados-Membros da OMS da Região Europeia e os resultados dos Estados-Membros da União Europeia. Num último momento tentámos por um lado construir um paralelismo entre os dados do projeto “CAMbrella”, do relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” e da Base de Dados de profissões regulamentadas da União Europeia no que se refere ao uso das diferentes modalidades das MAC nos Estados-Membros da União Europeia, e por outro lado compreender o desenvolvimento das MAC nestes últimos anos através da análise da sua evolução desde o projeto “CAMbrella”, o estudo da OMS (WHO, 2019) ao registo em 2021 na Base de Dados de profissões regulamentadas da União Europeia.

#### **Os resultados do relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” relativos aos países membros da União Europeia**

O relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” apresenta um capítulo no qual elabora uma síntese para cada um dos 148<sup>71</sup> países membros da OMS, referente aos períodos entre 2010-2012 e 2016-2018, que inclui os seguintes três aspetos relativos à medicina tradicional e complementar:

- política nacional de medicina tradicional e complementar;
- a regulamentação de medicamentos fitoterápicos; e

---

<sup>71</sup> Os 27 países membros da União Europeia são Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde.

- Práticas de medicina tradicional e complementar, provedores e seguro de saúde.

A Tabela 22 é restrita aos países da União Europeia e analisa apenas dois aspetos: “Política nacional de medicina tradicional e complementar” e as “Práticas de medicina tradicional e complementar, provedores e seguro de saúde”. Neste trabalho substituímos a denominação de “medicina tradicional e complementar”, dada pela Organização Mundial da Saúde a estas práticas terapêuticas, pela designação *medicinas alternativas e complementares*.

A definição apresentada de “Política nacional das *medicinas alternativas e complementares*” no relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” é a seguinte:

*“Uma política nacional de MT&C conterà princípios orientadores sobre política, planeamento ou direção futura de MT&C e será criada pela autoridade governamental competente do país. Pode ser uma política elaborada exclusivamente para a MT&C ou pode ser integrada a outras políticas nacionais, como a política nacional de medicamentos ou a política comercial. Em geral, a política nacional deve incluir uma definição do papel do governo no desenvolvimento de MT&C no sistema de prestação de cuidados de saúde. Segurança e eficácia podem ser declaradas como princípios orientadores, e a política também pode incluir declarações de visão e missão, bem como metas e objetivos” (WHO, 2019, p.15).*

O estudo realizado por nós tem subjacente esta definição de política nacional das *medicinas alternativas e complementares*, designadamente a construção da tabela e dos gráficos que passaremos a apresentar têm subjacente esta definição, uma vez que são construídos com base nos resultados apresentados no relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019”.

No relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” não foi possível encontrar informação específica e detalhada relativamente a cada país da União Europeia, sendo referido que não existia informação disponível. Perante isso a Tabela 22 tem algumas lacunas de informação relativamente a alguns países da União Europeia.

Tabela 22 - Os resultados do “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” relativos aos países membros da União Europeia

	Política nacional das MACs	Porcentagem de Uso das MACs pela população	Medicinas Alternativas e Complementares usadas no país <sup>72</sup>	Praticantes	Seguro de Saúde <sup>73</sup>
Bélgica	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível	As práticas das MAC são usadas (não é especificado quais são essas práticas)	Nenhuma informação relevante	Não são cobertos
Dinamarca	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível	Quiropraxia (regulamentada), Acupuntura, Fitoterapia Homeopatia, Naturopatia, Osteopatia e Medicina Tradicional Chinesa	Nenhuma informação relevante	Cobertos por seguro saúde privado; cobertura parcial de serviços de quiropraxia pelo governo e seguro saúde privado.
Alemanha	Tem política nacional das MACs	Estudo de 2000: 60–79% da população usa as MACs; Estudo de 2004: 1–19% da população usa acupuntura, medicina ayurvédica, quiropraxia, homeopatia e medicina tradicional chinesa; medicamentos fitoterápicos são usados por 20–39%; e a naturopatia é usada por 80–99%	Acupuntura, medicina ayurvédica, quiropraxia, homeopatia e medicina tradicional chinesa, fitoterapia e naturopatia	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível
Irlanda	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível	Acupuntura, medicina ayurvédica, quiropraxia, homeopatia, naturopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, aromaterapia, reiki, reflexologia	Nenhuma informação disponível	A acupuntura, quiropraxia e osteopatia são parcialmente cobertas pelo governo
Holanda	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível	Medicina antroposófica, acupuntura, quiropraxia, naturopatia, osteopatia e medicina tradicional chinesa.	Nenhuma informação disponível	Cobertura parcial de seguro de saúde por seguradoras privadas para acupuntura, quiropraxia, naturopatia, osteopatia e medicina tradicional chinesa.
Portugal	Tem política nacional das MACs	Nenhuma informação disponível	Acupuntura, quiropraxia, fitoterapia, homeopatia, naturopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica	A Administração Central do Sistema de Saúde é o órgão do Ministério da Saúde responsável pela emissão de licenças profissionais para os praticantes das MACs. De acordo com a lei, apenas aqueles que possuem uma licença profissional em uma das sete terapêuticas não convencionais regulamentadas podem praticar essas terapêuticas e usar o título profissional adequado.	Acupuntura, quiropraxia, naturopatia e osteopatia são parcialmente cobertas pelos seguros de saúde privados.
Espanha	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível	As práticas das MAC são usadas (não é especificado quais são essas práticas)	Os praticantes exercem no setor privado, sendo, no entanto, necessário para exercer estas práticas profissionais licença emitida pelo governo.	Nenhuma informação disponível

<sup>72</sup> Neste item, assim como em toda a nossa análise substituímos a designação “Medicinas Tradicionais e Complementares” pela de “Medicinas Alternativas e Complementares”. Neste item são consideradas todas as modalidades das MAC praticadas no país independentemente de estarem ou não legalizadas ou regulamentadas. A utilização de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos não foi considerada uma prática das MAC por nós

<sup>73</sup> A cobertura de seguro de saúde é referente tanto aos seguros de saúde privados como aos serviços das MAC pagos pelos governos. Neste ponto apenas tivemos em atenção as práticas das Medicinas Tradicionais e Complementares e não foram considerados para esta análise os produtos ou medicamentos homeopáticos, fitoterápicos ou de origem natural.

Reino Unido	Tem política nacional das MAC	Nenhuma informação disponível	Acupuntura, medicina ayurvédica, quiropraxia, fitoterapia, homeopatia, naturopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa e medicina Unani	Os praticantes exercem em clínicas e hospitais públicos e privados.	Nenhuma informação disponível
Áustria	Tem política nacional das MAC	Nenhuma informação disponível	Medicina ayurvédica, acupuntura, quiropraxia, fitoterapia e medicina tradicional chinesa	A formação profissional dos profissionais das MAC não é possível a nível universitário, sendo reconhecido pelo governo programas de formação certificados. Os praticantes das MAC exercem a sua atividade no setor público e privado <sup>74</sup> .	As MAC estão parcialmente cobertas por seguro.
Finlândia	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível	Quiropraxia, osteopatia, homeopatia, medicina tradicional e naprapatia	As profissões de osteopatia e quiropraxia estão regulamentadas. Os praticantes das MAC exercem como profissionais de serviços privados independentes. <sup>75</sup>	A Central de Seguros de Pacientes fornece cobertura parcial de seguro para os pacientes que sofreram ferimentos pessoais durante o tratamento de saúde por praticantes de quiropraxia, osteopatia e naprapatia.
Suécia	Tem política nacional das MAC	Nenhuma informação disponível	Acupuntura, medicina ayurvédica, quiropraxia, fitoterapia, homeopatia, naturopatia, osteopatia e prática da medicina tradicional chinesa.	Os praticantes das MAC exercem nos hospitais e clínicas dos setores público e privado. A profissão de quiropraxia está regulamentada, sendo o Conselho Nacional de Saúde e Bem-Estar (Quiroprático) a emitir a licença para a prática. Na ausência de formação das MAC a nível universitário, o governo reconhece determinados programas de formação certificados para as MAC.	Os serviços de Quiropraxia são parcialmente cobertos pelo seguro saúde do governo.
Chipre	Tem política nacional das MAC	Nenhuma informação disponível	Fitoterapia e homeopatia	As profissões de fitoterapeuta e homeopata são regulamentadas desde 2006, sendo necessária licença emitida pelo governo para o exercício das práticas das MAC. Os profissionais das MAC exercem a sua atividade no setor privado.	Nenhuma informação disponível
República Checa	Nenhuma informação disponível	1-19% da população usa medicina tradicional e acupuntura.	Medicina tradicional e acupuntura	As profissões nas áreas da medicina tradicional e da acupuntura estão regulamentadas desde 2004, sendo obrigatório para o exercício destas práticas uma licença emitida pelo governo. As MAC só podem ser exercidas por profissionais que tenham licença emitida pelo governo. O governo reconhece um programa de treinamento certificado para as MAC apenas para médicos. Os profissionais das MAC exercem atividade em hospitais e clínicas dos setores público e privado. A Sociedade Tcheca de Acupuntura Médica (Ceská lékařská akupunkturistická společnost), em 2012, refere que existiam 34 praticantes de MT e 7.000 praticantes de acupuntura.	As práticas das MAC não são cobertas pelo seguro de saúde público.
Estónia	Nenhuma informação disponível	1-19% da população usa práticas medicina Tradicional.	Homeopatia, medicina tradicional chinesa, aromaterapia, terapia natural Nuad Bo-Rarn, reflexologia, acupuntura e quiropraxia.	As profissões de acupuntor (desde 2002), fitoterapeuta (desde 2004) e homeopata (desde 2005) estão regulamentadas, sendo necessário para o seu exercício licença emitida pelo governo. As MAC só podem ser exercidas por profissionais que tenham licença emitida pelo governo. Os praticantes das MAC exercem em hospitais e clínicas dos setores público e privado. A Autoridade de Qualificação da Estónia em 2011 refere que existiam 14 praticantes de homeopatia, 17 de medicina tradicional chinesa, 28 aromaterapeutas, oito da terapia	Nenhuma informação disponível

<sup>74</sup> Não é especificado quais os praticantes das MAC, isto é, se homeopatas, se naturopatas, se terapeutas da medicina tradicional chinesa, etc. Apenas é referido em termos gerais os praticantes das MAC.

<sup>75</sup> Na Finlândia em 2012, havia cerca de 77 praticantes de quiropraxia, 1.600 homeopáticos, 245 fornecedores de osteopatia, 750 praticantes de TM e 125 naprapatas.

				natural Nuad Bo-Ram e 24 reflexologistas.	
Hungria	Tem política nacional das MAC	Nenhuma informação disponível	Acupuntura, quiropraxia, fitoterapia, homeopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, terapia neural, medicina antroposófica e terapias de desintoxicação, reflexologia, acupressão, conselhos sobre estilo de vida, cinesiologia e bioenergética.	A acupuntura, quiropraxia, fitoterapia, homeopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, terapia neural, medicina antroposófica e terapias de desintoxicação apenas podem ser praticadas por médicos. A reflexologia, acupressão, conselhos sobre estilo de vida, cinesiologia e bioenergética podem ser praticadas por profissionais não médicos. Os praticantes das MAC têm que estar registados no registo de profissionais (desde 2004) e ter autorização para exercer a sua atividade. Em 2018, não existia nenhuma formação específica relativa às MAC. Contudo no que se refere aos praticantes médicos existia uma formação para médicos, nomeadamente cursos de terapia neural, terapia manual, T&CM e acupuntura na universidade, com exames. Os médicos após realizarem esses exames podem solicitar ao estado uma licença para exercer a profissão.	O tratamento de acupuntura pode ter cobertura parcial de seguro em hospitais públicos e em consultórios de ambulatório públicos, se o médico responsável tiver licença.
Lituânia	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível	Medicina Tradicional, acupuntura e terapia manual	Os praticantes de medicina tradicional necessitam de uma licença emitida pelo governo para praticar, sendo reconhecida pelo governo a formação certificada.	As Mac praticadas por médicos generalistas ou especialistas podem ser cobertas pelo fundo de seguro público obrigatório de saúde. Os contratos com o fundo são celebrados com provedores de saúde privados ou governamentais.
Malta	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível	Acupuntura, quiropraxia, fitoterapia, osteopatia e medicina tradicional chinesa.	As profissões de acupuntura, quiropraxia, fitoterápicos, osteopatia e medicina tradicional chinesa estão regulamentadas, sendo necessário para o exercício das MAC uma licença das MAC emitida pelo governo. Os profissionais das MAC exercem em clínicas privadas e em hospitais públicos. O Superintendente de Saúde Pública, afirma que em 2012, havia 16 praticantes de acupuntura, 8 de quiropraxia, 207 fitoterapia, 3 de osteopatia e 16 de medicina tradicional chinesa.	O seguro de saúde do governo cobre na totalidade a acupuntura.
Eslováquia	Tem política nacional das MAC	Nenhuma informação disponível	Homeopatia, acupuntura e medicina tradicional chinesa.	A profissão de homeopata, acupuntor e terapeuta de medicina tradicional chinesa está regulamentada, sendo necessário licença emitida pelo governo para praticar as MAC. Na acupuntura existe diploma de especialista realizado a nível universitário. O governo reconhece formações certificadas nas MAC. Os profissionais das MAC exercem em clínicas e hospitais do setor privado. O governo também reconhece programas de treinamento certificados. De acordo com dados de 2011 da Slovak Medical Universidade, em 2011 refere existem cerca de 300 profissionais de acupuntura, 350 de homeopatia e 20 da medicina tradicional chinesa.	Nenhuma informação disponível
Eslovénia	Nenhuma informação disponível	Nenhuma informação disponível	Medicina ayurvédica, quiropraxia, homeopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa e medicina Unani	As profissões de medicina ayurvédica, quiropraxia, homeopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa e medicina Unani estão regulamentadas desde 2007, sendo necessário licença das MAC emitida pelo governo nacional para praticar estas terapêuticas.	Nenhuma informação disponível

(WHO, 2019, pp. 117-145)

Ao analisarmos a Tabela 22 verifica-se que esta não apresenta todos os países da União Europeia. O relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine

2019” não apresenta informação específica sobre a política nacional de medicina alternativa e complementar, o uso das MAC pela população, os praticantes das medicinas alternativas e complementares ou a cobertura de seguro privado ou governamental das MAC no que se refere aos países da França, da Polónia, da Grécia, da Itália, do Luxemburgo, da Letónia, da Bulgária, da Roménia e da Croácia. Para além disso a informação relativa a alguns países, tais como a Espanha e Bélgica, é bastante parca. Na Bélgica e na Espanha é apresentada informação muito reduzida, sendo referido que as práticas das MAC são usadas, mas não especificado quais são essas práticas.

Na Dinamarca apesar de se praticar quiropraxia (regulamentada), acupuntura, fitoterapia, homeopatia, naturopatia, osteopatia e medicina tradicional chinesa não é conhecido o número total de praticantes destas modalidades das MAC.

A política nacional de medicina alternativa e complementar na Alemanha está integrada no Código Social V e nas leis para produtos farmacêuticos (medicamentos) (WHO, 2019, p.126)

Em Portugal como sabemos existe uma política nacional das MAC, sendo necessário uma licença profissional, emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde em uma das sete terapêuticas não convencionais regulamentadas para poder praticar essas terapêuticas. Neste estudo é referido que para além das 7 terapêuticas regulamentadas a medicina ayurvédica é uma das modalidades das MAC usadas no nosso país.

Na Irlanda são praticadas as modalidades das MAC referidas na Tabela 22, no entanto, não é feita qualquer referência à regulamentação destas práticas, não se sabendo deste modo, se são práticas regulamentadas ou não.

No Reino Unido, a política das MAC está integrada na política nacional de saúde, sendo a seção de Estratégia de Saúde Pública e Marketing Social, do Departamento de Saúde, em Londres, responsável pela política da medicina complementar. No Reino Unido os quiropráticos e osteopatas estão regulamentados.

No Reino Unido a Fundação para a Saúde Integrada do Príncipe de Gales, entidade não governamental, desempenha um papel importante para as MAC.

A Agência Reguladora de Medicamentos e Produtos de Saúde em 2012 informou que havia cerca de 12.900 praticantes de acupuntura, 3.200 praticantes de fitoterapia e 2.800 praticantes de medicina tradicional chinesa no Reino Unido.



Na Áustria, o relatório da OMS refere, ao contrário do que é referido no estudo “CAMbrella” que as profissões em medicina ayurvédica e medicina tradicional chinesa estão regulamentadas. Tal pode significar uma evolução no processo de regulamentação das MAC na Áustria.

Na Finlândia como já constatado no projeto “CAMbrella” as profissões de quiroprático e osteopata estão regulamentadas desde 1994.

Na Estónia o “Estonian Health Interview Survey de 2006”, publicado pelo National Institute for Health Development em 2009, refere que 1–19% da população usa práticas de Medicina Tradicional.

Na Hungria em 2018, apesar de não existir nenhuma formação específica relativa às MAC, os currículos de formação em saúde incluíam tópicos das MAC (teoricamente), e algumas universidades ofereciam cursos opcionais de educação profissional continuada nas MAC, designadamente a Universidade Pécs e a Faculdade de Ciências da Saúde (WHO, 2019, p. 128).

Na Eslováquia, de acordo com a Lei nº 578/2004 - “sobre prestadores de cuidados de saúde, trabalhadores de saúde e organizações profissionais de saúde”, os profissionais da medicina tradicional não são profissionais de saúde.

### **Análise comparativa entre os resultados dos Estados-Membros das Regiões da OMS, os resultados dos Estados-Membros da Região Europeia da OMS e os resultados dos Estados-Membros pertencentes à União Europeia**

O relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” apresenta uma análise do desenvolvimento global das MAC nos vários Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde. Este estudo na sua análise agrupou os Estados - Membros da Organização Mundial de Saúde de acordo com a sua região geográfica, apresentando os resultados da investigação tendo em atenção cada uma dessas regiões geográficas. Este estudo agrupou então os Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde nas seguintes regiões geográficas:

- Região Africana da OMS (47 Estados-Membros): Argélia, Angola, Benim, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Camarões, Cabo Verde, República Centro-Africana, Chade, Comores, Congo, Costa do Marfim, República Democrática do Congo, Guiné Equatorial,

Eritreia, Eswatini, Etiópia, Gabão, Gâmbia, Gana, Guiné, Guiné-Bissau, Quênia, Lesoto, Libéria, Madagascar, Maláui, Mali, Mauritânia, Maurício, Moçambique, Namíbia, Níger, Nigéria, Ruanda, São Tomé e Príncipe, Senegal, Seychelles, Serra Leone, África do Sul, Sudão do Sul, Togo, Uganda, República Unida da Tanzânia, Zâmbia, Zimbábue.

- Região das Américas da OMS (35 Estados-Membros): Antígua e Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Bolívia (Estado Plurinacional de), Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, República Dominicana, Equador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guiana, Haiti, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Saint Kitts e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente e Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago, Estados Unidos da América, Uruguai, Venezuela (Bolivariano República da).

- Região do Mediterrâneo Oriental da OMS (21 Estados-Membros): Afeganistão, Bahrein, Djibouti, Egito, Irã (República Islâmica do), Iraque, Jordânia, Kuwait, Líbano, Líbia, Marrocos, Omã, Paquistão, Catar, Arábia Saudita, Somália, Sudão, República Árabe Síria, Tunísia, Emirados Árabes Unidos, Iêmen.

- Região Europeia da OMS ( 53 Estados-Membros<sup>76</sup>): Albânia, Andorra, Armênia, Áustria, Azerbaijão, Bielorrússia, Bélgica, Bósnia e Herzegovina, Bulgária, Croácia, Chipre, República Checa<sup>77</sup>, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Geórgia, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda , Israel, Itália, Cazaquistão, Quirguistão, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Mônaco, Montenegro, Holanda, Noruega, Polónia, Portugal, República da Moldávia, República da Macedónia do Norte, Roménia, Federação Russa, San Marino, Sérvia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça, Tajiquistão, Turquia, Turcomenistão, Ucrânia, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, Uzbequistão.

- Região do Sudeste Asiático da OMS (11 Estados-Membros): Bangladesh, Butão, República Popular Democrática da Coreia, Índia, Indonésia, Maldivas, Mianmar, Nepal, Sri Lanka, Tailândia, Timor-Leste.

- Região do Pacífico Ocidental da OMS (27 Estados-Membros): Austrália, Brunei Darussalam, Camboja, China, Ilhas Cook, Fiji, Japão, Kiribati, República Democrática Popular do Laos, Malásia, Ilhas Marshall, Micronésia (Estados Federados da), Mongólia,

---

<sup>76</sup> Nestes 53 Estados-membros da Região Europeia estão incluídos os 27 países membros da União Europeia.

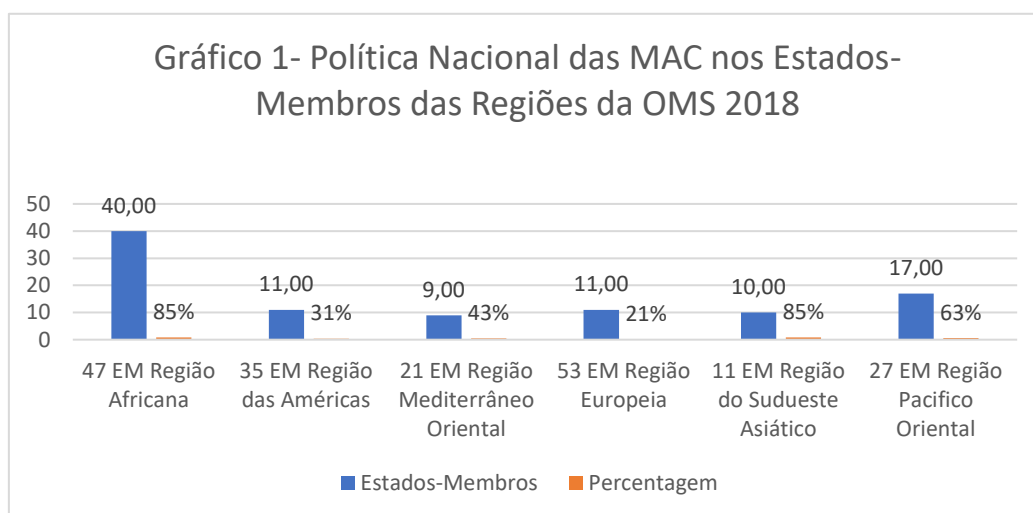
<sup>77</sup> A República Checa alterou oficialmente o nome para Chéquia em 2016.

Nauru, Nova Zelândia, Niue, Palau , Papua Nova Guiné, Filipinas, República da Coreia, Samoa, Singapura, Ilhas Salomão, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

Tendo em atenção os resultados do relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” e a Tabela 22 construímos os gráficos que passaremos a apresentar com base em duas categorias:

- ✓ Política Nacional das Medicinas Alternativas e Complementares
- ✓ Uso das Medicinas Alternativas e Complementares

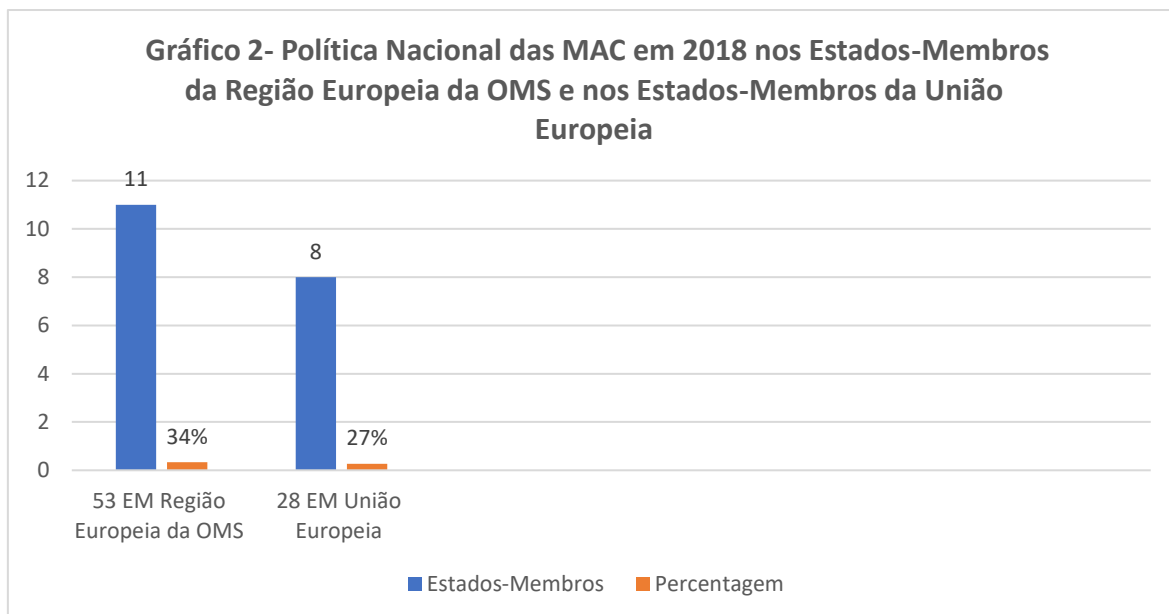
### Política Nacional das Medicinas Alternativas e Complementares



(WHO, 2019, p.16)

Figura 1

Ao analisarmos o Gráfico 1 constatamos que em 2018 a Região Europeia da OMS apresentava um número bastante reduzido de Estados-Membros com política nacional das MAC, nomeadamente apenas 21% do total dos Estados-Membros tem uma política nacional das MAC. A Região Europeia é a região da OMS com a percentagem mais baixa. A Região Africana da OMS e a Região do Sudeste Asiático da OMS, pelo contrário, tinham mais de 85% do total de Estados-Membros com política nacional das MAC.



(WHO, 2019)

Figura 2

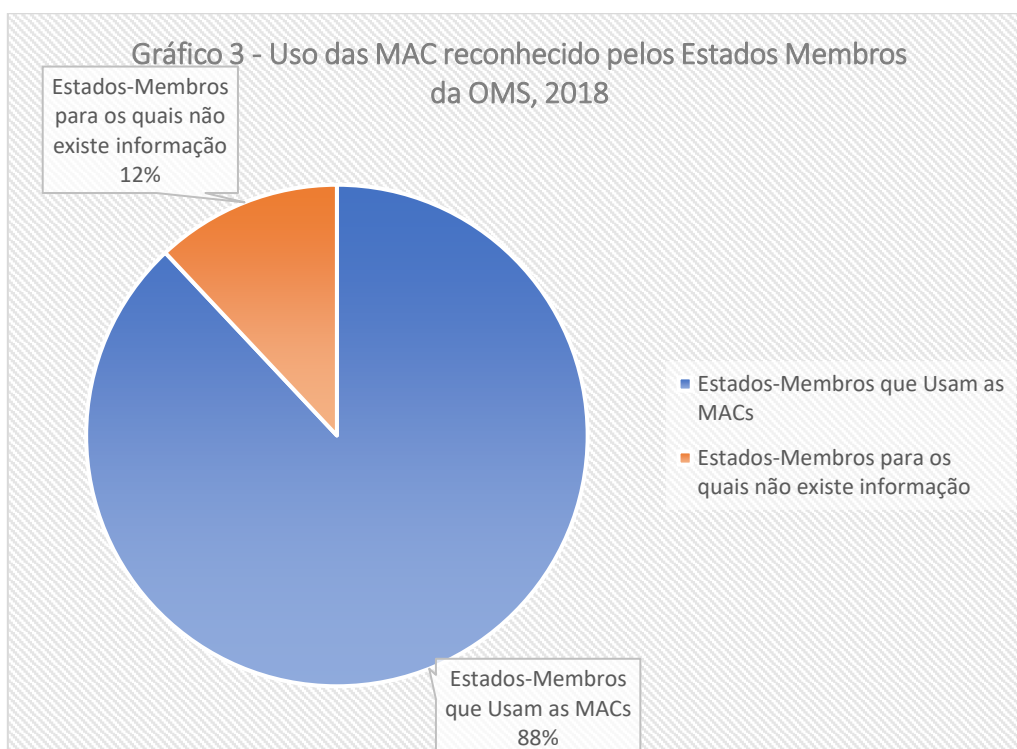
No gráfico 2 podemos constatar que apenas 8 Estados-Membros da União Europeia, afirmavam ter uma política nacional das MAC em 2018. Constatamos, então, que este resultado é semelhante ao apresentado pelo estudo CAMbrella em 2012.

### *O Uso das Medicinas Alternativas e Complementares*

No relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” é referido que neste estudo da OMS os Estados-Membros foram questionados sobre o uso da medicina tradicional e da medicina complementar, tendo os termos “medicina tradicional” e “medicina complementar” sido definidos especificamente devido estes variarem de país para país e de região para região (WHO, 2019, p. 44). As definições tidas em atenção neste estudo da OMS forma as apresentadas na Estratégia de Medicina Tradicional da OMS 2014-2023, designadamente “medicina tradicional” foi definida “como a soma total dos conhecimentos, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências nativas de diferentes culturas, sejam explicáveis ou não, usadas na manutenção de saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhora ou tratamento de doenças físicas e mentais” e “medicina complementar” “ como um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição de um país nem da medicina convencional e não estão totalmente integradas no sistema de saúde dominante” (WHO, 2019, p. 44). A complexidade da definição e denominação destas práticas terapêuticas foi discutida no primeiro capítulo desta investigação pelo que não nos debruçaremos neste

ponto sobre esta temática, esclarecendo apenas que tal como temos feito, utilizaremos o termo de “Medicinas Alternativas e Complementares” para designar estas práticas terapêuticas devido este ser um termo mais generalista e menos parcial.

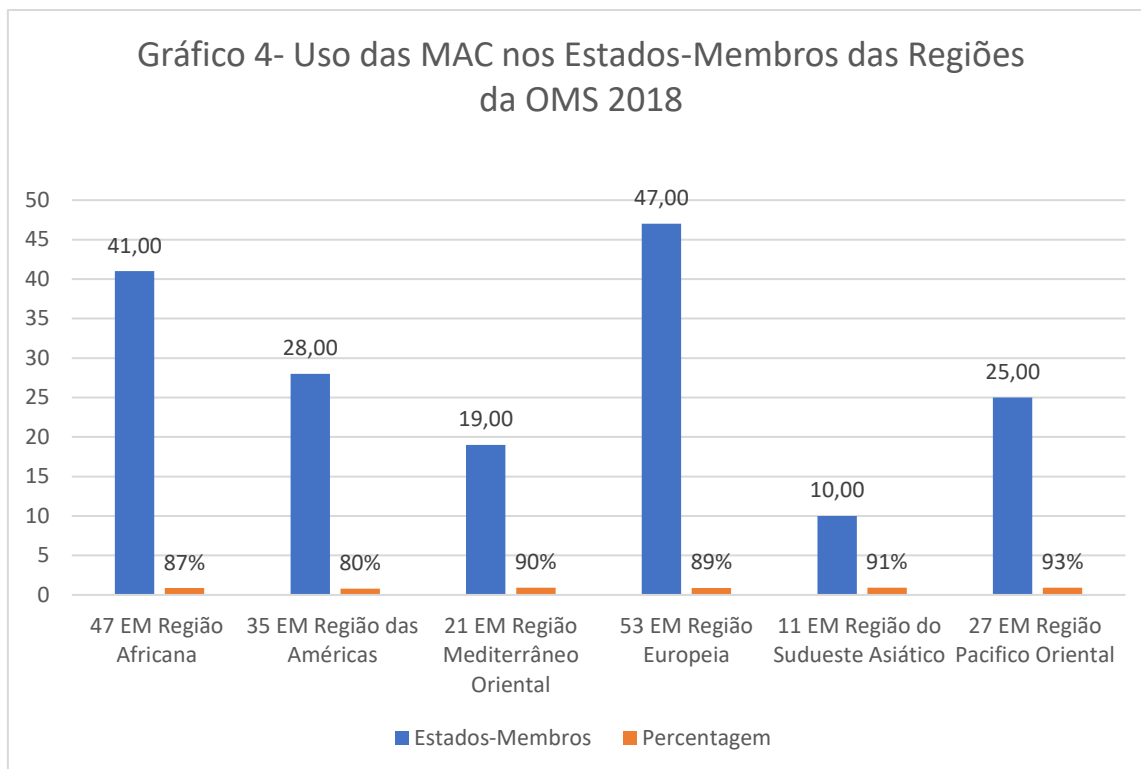
Neste estudo da OMS não foi possível obter informação relativamente a todos os seus Estados-Membros, como já foi referido, pelo que não foi possível obter informação sobre o uso das MAC em alguns Estados-Membros da OMS como podemos verificar no Gráfico 3.



(WHO, 2019)

Figura 3

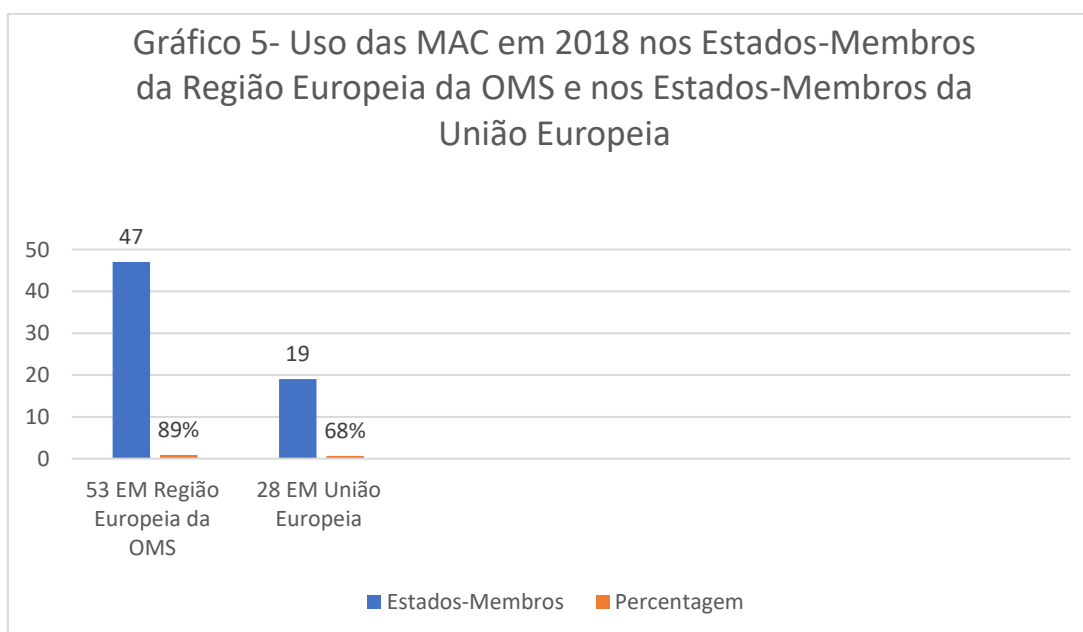
Constatamos, ao observar o Gráfico 3 que a maior parte dos Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde usava em 2018 algum tipo de modalidade das MAC. Estes dados são referentes aos Estados-Membros que reconhecem formalmente o uso das MAC, ou seja, aqueles países que através de políticas nacionais, leis, regulamentos, programas nacionais e outros instrumentos institucionais reconhecem formalmente as MAC.



(WHO, 2019)

Figura 4

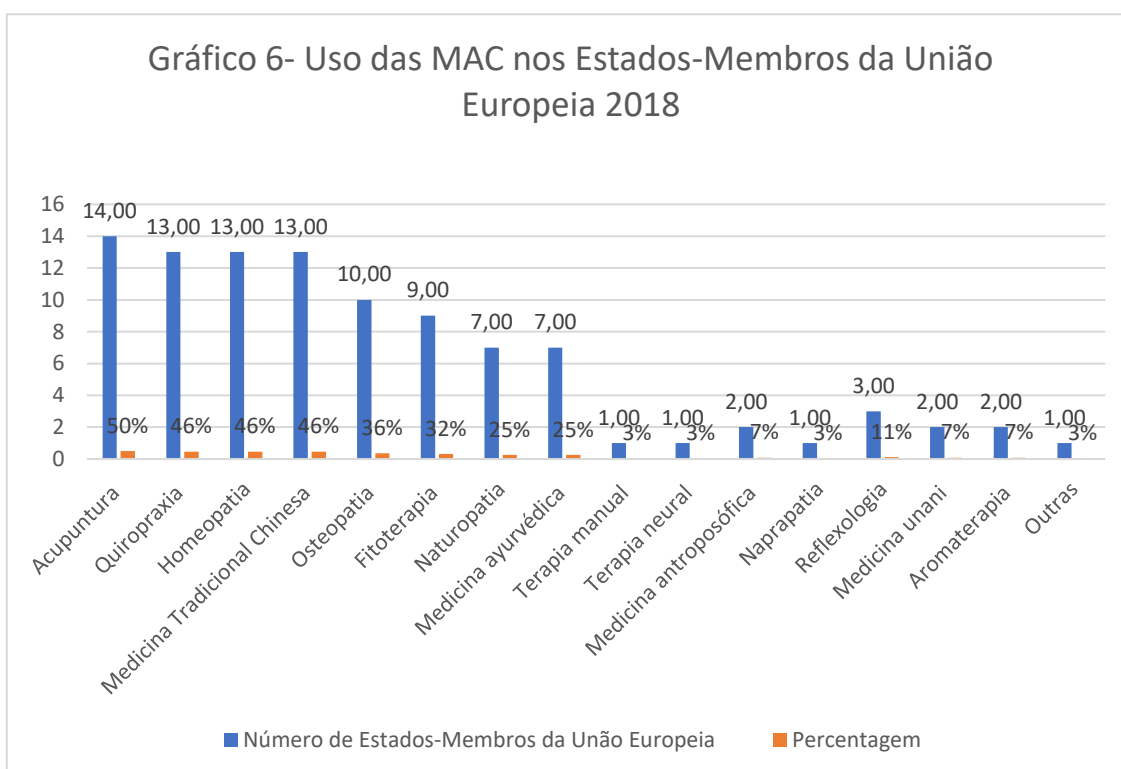
A percentagem de Estados-Membros da OMS que usa as MAC está entre os 80% e os 93%, revelando deste modo que existe um uso bastante alto das MAC globalmente por parte das populações. A Região Europeia da OMS, na qual estão incluídos os países membros da União Europeia apresenta uma percentagem de 89%, demonstrando que o uso das MAC nesta região da OMS é bastante significativo.



(WHO, 2019)

Figura 5

A percentagem de Estados-Membros da União Europeia que usa as MAC em 2018 é significativamente mais baixa que a da Região Europeia da OMS, estes resultados, no entanto, têm de ser analisados tendo em atenção que muitos países membros da União Europeia não apresentaram informação, não significando tal que nesses países não se use as MAC. Na União Europeia 19 Estados-Membros utilizam as MAC, o que se revela um resultado bastante significativo, ainda que inferior ao da Região Europeia da OMS.



(WHO, 2019)

Figura 6

Neste estudo da WHO (2019) constata-se que a modalidade das MAC mais usada nos países da União Europeia é acupuntura (a população de 14 países utilizam a acupuntura), designadamente é usada em 14 dos 28 Estados-Membros da União Europeia, seguida da quiropraxia, homeopatia e medicina tradicional chinesa, utilizadas em 13 Estados-Membros, e posteriormente pela osteopatia usada em 10 Estados-Membros, pela fitoterapia usada em 9 Estados-Membros e pela naturopatia e a medicina ayurvédica utilizadas em 7 Estados-Membros. As restantes terapêuticas das MAC são utilizadas por 3, 2 ou 1 Estados-Membros da União Europeia. Na categoria Outras, estão incluídas as seguintes modalidades das MAC: as terapias de desintoxicação (a população de 1 país da

União Europeia usa esta terapêutica), a acupressão (a população de 1 país da União Europeia usa esta terapêutica), conselhos sobre estilo de vida (a população de 1 país da União Europeia usa esta terapêutica), a cinesiologia (a população de 1 país da União Europeia usa esta terapêutica), a bioenergética (a população de 1 país da União Europeia usa esta terapêutica) e a terapia natural Nuad Bo-Rarn (a população de 1 país da União Europeia usa esta terapêutica).

Este estudo da WHO (2019) tal como o projeto “CAMbrella” revela que as modalidades das MAC mais utilizadas pelos Estados-Membros da União Europeia são a acupuntura, a quiropraxia, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, a osteopatia, a fitoterapia, naturopatia e a medicina ayurvédica. No entanto, é nos dado sublinhar que as percentagens são bastante baixas não existindo nenhuma percentagem superior a 50%, ou seja, este estudo apenas incide sobre metade dos países da União Europeia. Tendo em atenção que esta investigação da OMS não conseguiu obter informação relativa às modalidades das MAC utilizadas pela população de todos os Estados-Membros da União Europeia, estes resultados não significam que estas modalidades das MAC não sejam utilizadas nos restantes Estados-Membros da União Europeia.

### **Análise e discussão dos resultados do estudo CAMbrella (2012), dos resultados do estudo da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019) e dos resultados da análise à Base de Dados de profissões regulamentadas da União Europeia**

Para esta discussão construímos a Tabela 23 de forma a podermos compreender o desenvolvimento das MAC na União Europeia nos últimos anos. Nesta tabela não pretendemos realizar uma comparação uma vez que as categorias definidas nos dois estudos são diferentes e apresentam objetivos específicos diferentes. A finalidade da Tabela 23 é demonstrar, apesar dos diferentes objetivos e parâmetros dos dois estudos, através de um paralelismo entre as próprias diferenças, se existem ou não indicadores que revelam que houve uma evolução positiva das MAC na União Europeia nos últimos anos. Sublinhamos, por último, que esta análise pretende, então, apenas identificar indicadores, não tendo como objetivo chegar a dados concretos e conclusivos, ou seja, obter dados incontestáveis. Para além disso por vezes, no que se refere a alguns países não foi possível obter qualquer indicador devido a falta de informação disponível ou a incongruências



observadas nos dados dos dois estudos que podem dever-se a definições de categorias diferentes, a conceitos diferentes, a parâmetros de avaliação diferentes entre outros fatores.

Tabela 23 – Resultados do estudo CAMbrella (2012), do estudo da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2019) e dados da Base de Dados das profissões regulamentadas da UE

	CAMbrella (2012) – Modalidades das MAC regulamentadas	WHO (2019)– Modalidades das MAC usadas ou praticadas	Base de Dados de profissões regulamentadas da UE (2021) <sup>78</sup>
Bélgica	Tratamento de acupuntura regulamentado Profissão em quiropraxia regulamentada e não registada na UE Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE Tratamento em osteopatia regulamentado	As MAC são usadas mas não são especificadas quais	Não tem profissões das MAC registadas
Dinamarca	Tratamento de acupuntura regulamentado Profissão de quiropraxia regulamentada e registada na UE Tratamento de homeopatia regulamentado	Quiropraxia (a profissão em quiropraxia está regulamentada desde 1991), Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Naturopatia, Osteopatia e Medicina Tradicional Chinesa	Osteopatia
França	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de quiropraxia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Tratamento de naturopatia regulamentado Profissão em osteopatia regulamentada mas não registada na UE	Não tem informação disponível	Osteopatia
Alemanha	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de medicina antroposófica regulamentado Profissão em quiropraxia regulamentada mas não registada na UE Tratamento de fitoterapia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE Tratamento de naturopatia regulamentado	Acupuntura, medicina ayurvédica, quiropraxia, homeopatia e medicina tradicional chinesa, fitoterapia e naturopatia	Não tem profissões das MAC registadas
Grécia	Tratamento de acupuntura regulamentado	Não tem informação disponível	Não tem profissões das MAC registadas

<sup>78</sup> Neste item apenas tivemos em atenção as profissões das MAC registadas após o estudo CAMbrella

	Tratamento de homeopatia regulamentado		
Irlanda	Nenhuma modalidade das MAC estava regulamentada.	Acupuntura, medicina ayurvédica, quiropraxia, homeopatia, naturopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, aromaterapia, reiki, reflexologia	Não tem profissões das MAC registadas
Itália	Tratamento de acupuntura regulamentado Profissão em quiropraxia regulamentada mas não registada na UE Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE Tratamento de osteopatia regulamentado	Não tem informação disponível	Não tem profissões das MACs registadas
Luxemburgo	Tratamento de acupuntura regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE	Não tem informação disponível	Não tem profissões das MAC registadas
Holanda	Nenhuma modalidade das MAC estava regulamentada.	Medicina antroposófica, acupuntura, quiropraxia, naturopatia, osteopatia e medicina tradicional chinesa.	Não tem profissões das MAC registadas
Portugal	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de quiropraxia regulamentado Tratamento de fitoterapia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e não registada na UE Tratamento de naturopatia regulamentado Tratamento de osteopatia regulamentado	Acupuntura, quiropraxia, fitoterapia, homeopatia, naturopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa e medicina ayurvédica	Osteopata Acupuntor Naturopata Quiroprático
Espanha	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de fitoterapia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado	As práticas das MAC são usadas (não é especificado quais são essas práticas)	Não tem profissões das MAC registadas
Reino Unido	Tratamento de acupuntura regulamentado Profissão em quiropraxia regulamentada e registada na UE Tratamento de fitoterapia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em osteopatia regulamentada e registada na UE Tratamento de medicina tradicional chinesa regulamentado	Acupuntura, medicina ayurvédica, quiropraxia (profissão regulamentada), fitoterapia, homeopatia, naturopatia, osteopatia (profissão regulamentada), medicina tradicional chinesa e medicina Unani	Terapeuta de arte
Áustria	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de medicina antroposófica regulamentado	Medicina ayurvédica (profissão regulamentada), acupuntura, quiropraxia, homeopatia, fitoterapia e medicina tradicional chinesa (profissão regulamentada)	Musicoterapia

	Tratamento de quiropraxia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE Tratamento de terapia neural regulamentado Tratamento de medicina tradicional chinesa regulamentado		
Finlândia	Profissão em quiropraxia regulada e registada na UE Profissão em massagem regulamentada e registada na UE Profissão em naprapatia regulamentada e registada na UE Profissão em osteopatia regulada e registada na UE	Quiropraxia (profissão regulamentada desde 1994), osteopatia (profissão regulamentada desde 1994), homeopatia, medicina tradicional e naprapatia As profissões de osteopatia e quiropraxia estão regulamentadas	Não tem profissões das MAC registadas
Suécia	Tratamento de medicina antroposófica regulamentado Profissão de quiropraxia regulamentada e registada na UE Profissão em naprapatia regulamentada e registada na UE	Acupuntura, medicina ayurvédica, quiropraxia (profissão regulamentada desde 1989), fitoterapia, homeopatia, naturopatia, osteopatia e prática da medicina tradicional chinesa.	Não tem profissões das MAC registadas
Chipre	Tratamento de acupuntura regulamentado Profissão em quiropraxia regulamentada e registada na UE Tratamento de naturopatia regulamentado	Fitoterapia (profissão regulamentada desde 2006) e homeopatia (profissão regulamentada desde 2006).	Não tem profissões das MAC registadas
República Checa	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de quiropraxia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE	Medicina tradicional (profissão regulamentada desde 2004) e acupuntura (profissão regulamentada desde 2004).	Não tem profissões das MAC registadas
Estónia	Tratamento de quiropraxia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e não registada na UE Tratamento de medicina tradicional chinesa regulamentado	Homeopatia, medicina tradicional chinesa, aromaterapia, terapia natural Nuad Bo-Rarn, reflexologia, acupuntura (profissão regulamentada desde 2002), fitoterapia (profissão regulamentada desde 2004), homeopatia (profissão regulamentada desde 2005) e quiropraxia. As profissões de acupuntor (desde 2002), fitoterapeuta (desde 2004) e homeopata (desde 2005) estão regulamentadas, sendo necessário para o seu exercício licença emitida pelo governo.	Não tem profissões das MAC registadas
Hungria	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de medicina antroposófica regulamentado Tratamento de ayurveda regulamentado Profissão em quiropraxia regulamentada e não registada na UE Tratamento de fitoterapia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado	Acupuntura, quiropraxia, fitoterapia, homeopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, terapia neural, medicina antroposófica e terapias de desintoxicação, reflexologia, acupressão, conselhos sobre estilo de vida, cinesiologia e bioenergética	Fitoterapia

	Profissão em massagem regulamentada e registada na UE Tratamento de terapia neural regulamentado Profissão em osteopatia regulamentada não registada na UE Tratamento de medicina tradicional chinesa regulamentado		
Letónia	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de medicina antroposófica regulamentado Tratamento de ayurveda regulamentado Profissão em homeopatia regulamentada e não registada na UE Profissão em osteopatia regulamentada e não registada na UE	Não tem informação disponível	Masieris Mākslas terapeits
Lituânia	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão e,m massagem regulamentada e registada na UE	Medicina tradicional, acupuntura e terapia manual	Não tem profissões das MAC registadas
Malta	Profissão em acupuntura regulamentada e registada na UE Profissão em quiropraxia regulamentada e registada na UE Profissão EM osteopatia regulamentada e registada na UE	Acupuntura, quiropraxia, fitoterapia, osteopatia e medicina tradicional chinesa	Não tem profissões das MAC registadas
Polónia	Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE	Não tem informação disponível	Não tem profissões das MAC registadas
Eslováquia	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de quiropraxia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE	Homeopatia (profissão regulamentada), acupuntura (profissão regulamentada) e medicina tradicional chinesa (profissão regulamentada).	Não tem profissões das MAC registadas
Eslovénia	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de ayurveda regulamentado Tratamento de quiropraxia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE Tratamento de osteopatia regulamentado Tratamento de medicina tradicional chinesa regulamentado	Medicina ayurvédica (profissão regulamentada desde 2007), quiropraxia (profissão regulamentada desde 2007), homeopatia (profissão regulamentada desde 2007), osteopatia (profissão regulamentada desde 2007), medicina tradicional chinesa (profissão regulamentada desde 2007) e medicina Unani (profissão regulamentada desde 2007).	Zdravilec (Pratic. de Medicina Alternativa)
Bulgária	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de medicina antroposófica regulamentado	Não tem informação disponível	Não tem profissões das MAC registadas

	Profissão em quiropraxia regulamentada e não registada na UE Tratamento de fitoterapia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e registada na UE Tratamento de osteopatia regulamentado Tratamento de medicina tradicional chinesa regulamentado		
Roménia	Tratamento de acupuntura regulamentado Tratamento de ayurveda regulamentado Tratamento de quiropraxia regulamentado Tratamento de fitoterapia regulamentado Tratamento de homeopatia regulamentado Profissão em massagem regulamentada e não registada na UE Tratamento de naturopatia regulamentado Tratamento de osteopatia regulamentado Tratamento de medicina tradicional chinesa regulamentado	Não tem informação disponível	Não tem profissões das MAC registadas
Croácia	Tratamento de homeopatia regulamentado	Não tem informação disponível	Maser - kupeljar

Na Bélgica não encontramos informação relevante após o projeto CAMbrella relativamente às MAC.

Na Dinamarca constatamos que o relatório da Organização Mundial de Saúde refere que são usadas no país mais quatro modalidades das MAC no que se refere ao projeto CAMbrella, designadamente fitoterapia, medicina tradicional chinesa, naturopatia e osteopatia. No entanto, o relatório da OMS não refere se estas foram regulamentadas ou não. No que diz respeito à osteopatia sabemos, no entanto, que foi regulamentada a profissão uma vez que se encontra registada na Base de Dados das profissões regulamentadas da União Europeia.

Na França não existem indicadores relativamente ao desenvolvimento das MAC, apenas constatamos que a profissão de osteopata foi registada na Base de Dados das profissões regulamentadas da União Europeia.

O estudo da OMS refere que as terapêuticas de medicina ayurvédica e medicina tradicional chinesa são também usadas pela população na Alemanha. No entanto, isto não nos revela se desde 2012 houve um desenvolvimento no processo de regulamentação e aceitabilidade social das MAC no país.

Na Holanda apesar de não existir regulamentação específica relativa às modalidades das MAC (objeto de estudo no projeto CAMbrella) a prática das terapêuticas das MAC era legal, podendo profissionais com e sem qualificação médica praticar as MAC (CAMbrella, 2012, p.204). Contudo não temos informação que nos permita saber qual a situação das MAC presentemente neste país.

A Tabela 23 permite identificar como indicadores do desenvolvimento do processo de regulamentação das MAC em Portugal o registo das profissões de osteopata, de acupuntor, de naturopata e de quiroprático na Base de Dados das profissões regulamentadas da UE.

O Reino Unido em 2021 tinha a profissão de terapeuta de arte regulamentada e registrada na Base de Dados da União Europeia.

A Tabela 23 demonstra que na Áustria a aceitabilidade social destas práticas e o seu processo de desenvolvimento pode talvez ir no sentido de uma curva ascendente, designadamente em 2018 temos duas profissões destas práticas alternativas regulamentadas e uma regulamentada e registrada na Base de Dados da União Europeia.

Tendo em atenção que o projeto CAMbrella é referente ao período 2010-2012, a regulamentação da profissão de acupuntor em 2004 na República Checa, informação referida no relatório da OMS, devia ter sido identificada nesse estudo. No estudo CAMbrella é referido que existe regulamentação relativamente ao tratamento de acupuntura e não à profissão. A incongruência de informação prestada por estes dois estudos pode dever-se a conceitos, categorias e parâmetros de avaliação diferentes entre outros fatores.

A informação relativa à Estónia nos dois estudos apresenta também alguma incongruência impossibilitando identificar qualquer indicador.

A Tabela 23 revela que em 2021 a Hungria tinha a profissão de fitoterapeuta regulamentada e registrada na Base de Dados da União Europeia.

A Letónia em 2021 tinha as profissões de massagista e terapeuta de arte regulamentadas e registradas na Base de Dados da União Europeia.

A Eslovénia em 2021 tinha a profissão de praticante de medicina alternativa regulamentada e registrada na Base de Dados da União Europeia.

A Croácia em 2021 tinha a profissão de massagista regulamentada e registrada na Base de Dados da União Europeia.

Relativamente a vinte países membros da União Europeia não foi possível identificar qualquer indicador de desenvolvimento das MAC, nomeadamente no que se refere à Bélgica, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Espanha, Finlândia, Suécia, Chipre, República Checa, Estónia, Lituânia, Malta, Polónia, Bulgária, Eslováquia, Roménia e Croácia.

Podemos deste modo concluir que aparentemente não houve qualquer alteração na situação das MAC, no que se refere à sua aceitabilidade social e regulamentação, na última década na maioria dos países membros da União Europeia, com exceção de alguns países como é o caso de Portugal ou da Eslovénia que demonstram ter havido um desenvolvimento positivo.

## Capítulo III – O Uso das Medicinas Alternativas e Complementares

### 3.1 Estudos científicos sobre o uso das MAC

Na revisão bibliográfica sobre os temas o “uso das MAC” e “razões para usar as MAC” encontramos imensos estudos realizados a nível internacional, ao contrário do que sucede no nosso país em que estes são muito poucos. Prova disso são as várias revisões críticas, da bibliografia existente sobre o tema, realizadas nas últimas décadas, designadamente a de Mohammad Siahpush (2000), E. Ernst (2000b), Harris e Rees (2000), a do projeto CAMbrella ( Work Package 4 - CAM use in Europe - The patients’ perspective Part I: A systematic literature review of CAM prevalence in the EU), a de Ian Coulter e Evan Willis, (2007), a dos autores Paul Posadzki, Leala K Watson, Amani Alotaibi e Edzard Ernst (2013) realizada no Reino Unido, a de Nicola Gale (2014), a de Nadia Corp, Joanne L. Jordan, Peter R. Croft, (2018) e a de Mayuree Tangkiatkumjai, Helen Boardman e Dawn-Marie Walker (2020) entre outras. Nas últimas décadas houve um proliferar de estudos quantitativos e qualitativos que investigaram os padrões de uso das MAC, as experiências dos pacientes com o uso das MAC, as principais doenças tratadas com as MAC, as principais MAC utilizadas, os determinantes sociodemográficos existentes para o uso das MAC, as razões pelas quais os pacientes escolhem as MAC, etc. ( Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., & Delbanco, T. L., 1993; Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., & Kessler, R. C., 1998; Kessler, R. C., Soukup, J., Davis, R. B., Foster, D. F., Wilkey, S. A., Van Rompay, M. I., & Eisenberg, D. M. , 2001; Kelner, M., & Wellman, B., 1997b; Nissen, N., 2011; Thomson, P., Jones, J., Evans, J. M., & Leslie, S. L. ,2012; Ernst, E. & White, A., 2000; Sharma, 2018; Quandt, S. A., Verhoef, M. J., Arcury, T. A., Lewith, G. T., Steinsbakk, A., Kristoffersen, A. E., & Fønnebø, V., 2009; Kristoffersen, A. E., Fønnebø, V., & Norheim, A. J. , 2008; Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. L., 2008; Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T., & Vuolanto, P. H., 2018).

No entanto, esses estudos sobre o uso das MAC e razões para a sua utilização apresentam não só diferentes métodos de análise que impedem estudos comparativos como por vezes graves limitações metodológicas. Alguns dos resultados desses estudos relativamente ao uso das MAC são muito diferentes e até inconsistentes apesar de por vezes terem como objeto de estudo o mesmo país ou até mesmo a população alvo. O projeto CAMbrella, assim como os estudos de Paul Posadzki, Leala K Watson, Amani



Alotaibi e Edzard Ernst (2013) e Harris e Rees (2000) entre outros denunciam algumas dessas limitações metodológicas.

As percentagens de uso das MAC variam de estudo para estudo devido possivelmente ao seguinte conjunto de fatores identificados por diferentes autores (Pegado, 2017; Franco, 2010; Posadzki et al., 2013; Ernst & White, 2000; CAMbrella, 2012f):

- diferentes definições das MAC – a definição das MAC varia muito de estudo para estudo, sendo incluídas na definição diferentes modalidades das MAC, de estudo para estudo. A definição das MAC pode incluir um diferente número de terapias, tanto 4, como 5, como 36, ou qualquer outro número. Estas tanto podem ser sistemas terapêuticos completos como a Medicina Tradicional Chinesa, modalidades como a quiropraxia ou acupuntura, como o simples consumo de suplementos alimentares ou dietas para emagrecimento, ou a participação em grupos de auto-ajuda, ou a prática da oração. A comparação entre estudos é deste modo impossível metodologicamente;

- diferentes definições de utilizadores – os utilizadores podem ser definidos tendo em atenção a prevalência das MAC ao longo da vida (utilização pelo menos de uma das MAC ao longo da vida), no ano anterior (utilização de pelo menos uma das medicinas ou terapêuticas nos últimos 12 meses), ou atualmente (utilização das MAC presentemente);

- amostra – Os estudos utilizam diferentes intervalos etários nas amostras e diferentes técnicas de amostragem, os tamanhos das amostras variam muito, existindo estudos com um número reduzido de participantes, por exemplo 100 e outros com 1000, impedindo deste modo a comparabilidade de resultados. Os métodos usados para obter uma amostra completa e representativa nem sempre são os mais adequados. A heterogeneidade que caracteriza os utilizadores das MAC - no se refere ao seu perfil social, aos padrões de utilização e valores, atitudes e práticas sociais - referida por diversos autores não é captada nalguns estudos devido à falta de representatividade da amostra;

- os questionários - Os questionários utilizados nas pesquisas não são em muitos desses estudos validados, o que significa que não se sabe se eles quantificam o que eles pretendem medir;

- a baixa taxa de resposta dos voluntários a muitos dos estudos das MAC – As investigações apresentam muitas vezes uma baixa taxa de resposta dos voluntários o que pode significar que os voluntários que não respondem têm menos interesse nas MAC do que aqueles que respondem, podendo deste modo gerar taxas de prevalência falsamente altas (Posadzki et al., 2013).

Face ao exposto podemos concluir que a falta de consistência em muitos estudos sobre o uso das medicinas alternativas e complementares, consequência da realização de pesquisas com uma metodologia que revela muitas vezes falta de validade interna e externa, impõe que a análise aos resultados dos vários estudos seja realizada de forma prudente e o aumento do uso das MAC seja compreendido tendo em atenção esses vieses metodológicos.

### **3.2 Quais as razões que levam os utentes a usar as MAC**

Apesar do referido no ponto precedente, vários estudos demonstram que houve um aumento do uso das MAC não só no nosso país como no resto do mundo como foi demonstrado no Capítulo II. O uso das Medicinas Alternativas e Complementares torna-se no mundo ocidental, designadamente nos países desenvolvidos, um facto incontestável e demonstrado não só pela proliferação de estudos académicos e científicos, como também pelos meios de comunicação (revistas, jornais e TV) que constantemente publicam artigos, comunicam notícias, fazem propaganda ou realizam programas sobre as Medicinas Alternativas e Complementares. Face a isso várias questões se colocam e uma que nos parece primordial é “Quais as razões que levam as pessoas a recorrer às MAC, terapêuticas não custeadas pelo sistema nacional de saúde e a maior parte delas com falta de evidência científica quanto a sua eficácia?”

Muitos são os estudos e artigos científicos que se têm debruçado sobre esta questão, existindo investigações sobre as razões do uso das MAC em termos gerais ou em determinadas condições específicas, nomeadamente estudos que se dedicam a identificar: quais as razões do uso das MAC por pessoas com determinada doença (por exemplo cancro ou problemas musculoesqueléticas); quais as razões das pessoas usarem determinada terapêutica das MAC; ou quais as razões de uma faixa etária ou as mulheres ou determinada etnia usar as MAC.

Sharma em 1986 realizou um estudo para descobrir as “rotas” pelas quais os pacientes passam a usar as MAC, significando o termo “rotas” as “... experiências particulares (problemas de saúde, insatisfação com o NHS) através das quais o indivíduo chegou à decisão de buscar tratamento de um médico alternativo, e também (mais literalmente) o caminho pelo qual eles vieram a ser tratados pelo médico específico selecionado (as fontes de informação, encaminhamento, etc.)” (Sharma, 1990, p.128). Sharma nesse estudo entrevistou trinta pessoas que haviam usado pelo menos uma modalidade de medicina alternativa nos últimos doze meses. A amostra obtida na sua maioria através de leitores de um jornal local não apresentava, no entanto, representatividade em termos de características demográficas ou socioeconómicas. Sharma (1990) concluiu que a decisão de usar as MAC pela primeira vez faz parte de um processo que na sua maioria iniciou-se com algum distúrbio crónico e a posterior insatisfação com o tratamento da medicina convencional. Esta insatisfação pode não ter haver com a eficácia de curar da medicina convencional, mas com a compreensão do que para o doente significa estar curado. Neste estudo a grande maioria dos entrevistados apresentou as seguintes razões para usar as MAC:

- insatisfação com a medicina convencional - percepção de que a medicina convencional não trata a "causa raiz" da doença crónica e não adota uma abordagem preventiva (Sharma, 1990, p. 128). Para além disso os entrevistados revelaram receio pelos efeitos colaterais das substâncias farmacológicas da medicina convencional, assim como pelos seus métodos e técnicas de tratamento considerados por vezes muito invasivos (Sharma, 1990). No entanto, os entrevistados apesar de insatisfeitos com a medicina convencional não deixaram de a usar também;
- papel ativo na gestão do seu estado de saúde – os entrevistados reconheceram gostar de desempenhar um papel mais ativo na gestão da sua doença ou na busca geral pela saúde;
- a influência da rede social informal - os entrevistados afirmam que a decisão inicial de usar as MAC foi tomada devido um elemento da sua rede social lhe ter recomendado determinado profissional das MAC, designadamente lhe ter dado boas recomendações/referências de determinado profissional das MAC;
- os entrevistados manifestavam vontade de que fosse tido em atenção o contexto pessoal do seu adoecimento;

- a ideologia holística pode influenciar o uso contínuo das MAC – para a autora a ideologia das MAC não explica o uso inicial das MAC, no entanto, pode ajudar a compreender o porque das pessoas continuarem a usar as MAC após o primeiro contacto com sucesso.

Cant e Sharma (1999) analisaram as várias razões para os indivíduos usarem as MAC com o objetivo de compreender o aumento da popularidade das MAC e o surgimento do pluralismo médico. Cant e Sharma (1999) enunciam as seguintes razões para o uso das MAC, algumas destas anteriormente apresentadas por Sharma (1990):

- os efeitos colaterais dos medicamentos e a aparente inocuidade da medicina alternativa com seus produtos naturais;

- a incapacidade da medicina convencional para resolver problemas crónicos de saúde (Donnelly et al. 1985, Moore et al. 1985, Furnham & Smith 1988 cit. por Cant & Sharma, 1999);

- os usuários da medicina alternativa têm níveis mais baixos de confiança na medicina convencional em geral (MacGregor & Peay, 1996 cit. por Cant & Sharma, 1999);

- a experiência satisfatória e de eficácia com as MAC (Cant; Guardian, 1996 cit. por Cant & Sharma, 1999, p.38);

- o tempo disponibilizado pelos profissionais das MAC nas consultas;

- a participação do indivíduo na gestão da sua doença que passa a ser aquilo que vários autores designam como “especialista”. Esta mudança pode estar relacionada com as mudanças na cultura política e “...as demandas pela democratização da tomada de decisões” (Taylor,1984 cit. por Cant & Sharma, 1999, p.41), ou com “...a crescente desilusão com o especialista e os processos de requalificação da população leiga” (Giddens,1990 cit. por Cant & Sharma, 1999, p. 41);

- a possibilidade do doente explicar a sua doença através de estruturas culturais, pessoais e sociais mais vastas, pois como refere Helman “... Os praticantes complementares muitas vezes ajudam as pessoas a entender sua situação de uma forma mais significativa do que a medicina, muitas vezes utilizando modos mais tradicionais de lidar com o infortúnio ... muitos deles utilizam crenças culturais tradicionais para explicar ao paciente por que foram afetados por aquela doença em particular naquele momento específico” (1992, p. 12 cit. por Cant & Ursula, 1999, p.42);

- a abordagem holística das MAC que vê o indivíduo como um ser físico, emocional e espiritual e promete alcançar e manter uma saúde perfeita ao indivíduo. A medicina alternativa tem segundo Coward "...princípios, ideias muito diferentes sobre o corpo e pressupõe que a saúde perfeita é um objetivo alcançável" (Coward 1989 cit. por Cant & Sharma, 1999, p.43);
- a medicina alternativa permite uma nova forma de perceber a saúde e a doença proporcionando "... compreensões mais variadas e plurais que convergem com as do paciente. (...) As explicações oferecidas pelo médico alternativo pretendem ser e são vivenciadas pelo paciente como "feitas sob medida" para sua própria biografia e experiências e podem, por sua vez, engendrar mudanças na percepção da pessoa sobre sua saúde e situação social. Tal postura claramente também permite aos pacientes a oportunidade de desenvolver e ampliar suas compreensões pluralistas de seus corpos e sofrimento corporal e de construir múltiplas possibilidades para compreender a relação entre seu corpo, self e contexto social" (Busby 1996, cit. por Cant & Sharma, 1999, pp. 42 - 43);
- as alterações no conceito do corpo, que passou a ser compreendido como um "projeto" (Giddens 1991, Shilling 1993 cit. por Cant & Sharma, 1999), podem ser consideradas razões para o uso das MAC apesar de não se saber se estas alterações são motivo do uso das MAC ou são antes resultado do contacto do doente com o praticante das MAC;
- e por último a preocupação dos indivíduos com um estilo de vida saudável de forma a obter uma saúde perfeita pode explicar o uso contínuo das MAC e ser percebida como empoderador do indivíduo "oferecendo aos indivíduos a oportunidade de se conhecerem (Busby 1996) ou como disciplinador, desviando a responsabilidade da sociedade e operando como uma função de vigilância" (Braathen, 1996, cit. por Cant & Sharma, 1999, p.44 ).

Cant e Sharma (1999) concluem que os indivíduos apesar de reconhecerem a eficácia clínica da biomedicina, não estão dispostos a usá-la em todas as situações, preferindo utilizar também os cuidados menos invasivos e mais naturais das medicinas alternativas em determinadas situações clínicas, estando deste modo a ser desenvolvido um sistema médico pluralista.

Siahpush (2000) numa revisão crítica da literatura sobre os motivos pelos quais as pessoas usam as MAC concluiu que na vasta literatura existente sobre o tema, a um

nível micro de análise, são dadas seis explicações diferentes. Para alguns autores uma das razões pelas quais as pessoas usam a medicina alternativa é a insatisfação com os resultados da medicina ortodoxa (Holden, 1978; West, 1988; Sharma, 1996; Spiegel et al., 1998 cit. por Siahpush, 2000, p.160), alega-se por um lado que a medicina convencional não tem sido capaz de dar resposta eficaz a doenças degenerativas e crônicas e aliviar a dor associada a condições como artrite, reumatismo, lesões nas costas e pescoço (Ingliss & West, 1983; Anyinam, 1990 cit. por Siahpush, 2000, p.160) e por outro lado que a intervenção médica tem causado uma série de doenças iatrogênicas (Anyinam, 1990 cit. por Siahpush, 2000, p.160).

Outra razão pela qual as pessoas usam a medicina alternativa é a insatisfação com a relação médico-paciente (Parker & Tupling, 1976; Taylor, 1984; Easthope, 1993 cit. por Siahpush, 2000, p. 160). Os médicos da medicina convencional despendem muito pouco tempo com o paciente e manifestam pouco respeito por estes, não lhes comunicando muitas vezes informação essencial relativamente à origem de suas doenças, diagnósticos e prognósticos.

A terceira explicação para o uso das MAC encontrada em vários estudos é então as pessoas gostarem da relação estabelecida com os terapeutas alternativos (Cobb, 1958; Maddocks, 1985; Lloyd et al., 1993; Chisholm, 1995 cit. por Siahpush, 2000, p. 161). Os profissionais das MAC dispõem de tempo com os seus pacientes, dando-lhes atenção individualizada e informações.

O designado sistema de valores “pós-modernos” (Bakx, 1991; Easthope, 1993; Sharma, 1993) nomeadamente a perceção da natureza “...como atenciosa, gentil, segura e benevolente”, as “... atitudes anticientíficas e antitecnológicas (Kurtz, 1994; Park, 1996)”, “...a visão holística da saúde (Anyinam, 1990)”, a recusa “...da autoridade, especialmente a autoridade científica”, a exigência “... da participação (Taylor, 1984; Easthope, 1993; Riessman, 1994)”, a crença na responsabilidade individual (Cassileth, 1989; Coward, 1989) e as atitudes consumistas (Cassileth, 1989; Bakx, 1991; Easthope, 1993; Riessman, 1994), é outra das explicações dadas para o uso das MAC, existindo vários estudos (Furnham e Forey,1994; Yates et al.,1993; Astin, 1998) a comprovar a ligação entre o sistema de valores pós-moderno e o uso da medicina alternativa (cit. por Siahpush, 2000, p.161).

O uso das MAC também pode ser influenciado pela heterogeneidade da rede social de uma pessoa na medida em que as pessoas com uma rede social mais ampla e diversificada podem ter acesso a mais informações no que se refere a cuidados médicos alternativos e deste modo ser mais inclinadas a experimentar essas modalidades terapêuticas (Siahpush, 2000).

Por último a sexta explicação para o uso das MAC refere que as MAC respondem a uma necessidade psicológica que passou a existir na sequência da diminuição da influência da religião na instituição da cura nos últimos tempos. As pessoas usam as MAC por um lado porque proporcionam uma sensação de "proteção existencial" (Kottow, 1992 cit. por Siahpush, 2000, p. 162) e por outro lado porque permite que a doença e o sofrimento possam ser compreendidos através de explicações metafísicas (Sharma, 1996 cit. por Siahpush, 2000, p.162).

Contudo Siahpush (2000) afirma que não existem estudos científicos suficientes relativamente a todas estas razões para o uso das MAC, e os que existem apresentam amostras muito pequenas para produzir resultados generalizáveis (Sharma, 1992; Wellman, 1995), sendo utilizadas amostras não aleatórias da população geral e realizadas poucas análises multivariadas, centrando-se em análises bivariadas (Siahpush, 2000).

Kelner e Wellman (1997a) usando o modelo sócio-comportamental de Andersen, realizam um estudo que analisa tanto as motivações dos pacientes que optam pela medicina ortodoxa, como as motivações dos pacientes que elegem um tipo de tratamento alternativo. Segundo este modelo o processo de escolha dos serviços de saúde é composto por três conjuntos inter-relacionados de determinantes: fatores predisponentes, como idade e educação, fatores facilitadores, como conhecimento e acessibilidade dos serviços, e a necessidade de receber cuidados. Para além disso Kelner e Wellman (1997a) neste estudo têm em consideração a possível influência de uma "ideologia de tratamento alternativo". Os resultados do estudo de Kelner e Wellman (1997a) revelam que estes três fatores (predisposição, facilitadores e necessidade de cuidados) influenciam as pessoas nas suas opções de cuidados de saúde, independentemente destas significarem a escolha do médico convencional ou do praticante alternativo. Contudo o grupo de usuários de cuidados alternativos e o grupo de usuários de cuidados convencionais sofrem influências diferentes dos aspetos específicos dos três fatores. Para além disso o impacto dos diversos elementos dos três fatores é diferente no grupo dos usuários das MAC, dependendo da modalidade terapêutica. Neste estudo foram identificados quatro tipos de tratamento das

MAC: quiropraxia, acupuntura/medicina tradicional chinesa, naturopatia e Reiki. As autoras para fazer compreender esta situação apresentam os seguintes exemplos: impacto da necessidade de cuidados - os usuários alternativos apresentam predominantemente doenças crônicas que não obtiveram resposta eficaz no tratamento convencional; fatores predisponentes - um alto nível de educação tem revelado ser um determinante significativo no uso dos cuidados alternativos; fatores facilitadores - um rendimento monetário alto é um predisponente significativo, uma vez que os cuidados de saúde alternativos são pagos essencialmente pelos seus próprios usuários; por último os usuários de acupuntura / MTC e reiki têm um nível de educação mais alto do que usuários de outras alternativas e estes são mais tendentes a considerar a espiritualidade um fator importante em suas vidas.

Relativamente à influência de uma "ideologia de tratamento alternativo" este estudo revela que uma ideologia alternativa (ou seja, crenças de saúde) pode influenciar alguns indivíduos a consultar médicos não convencionais mas não todos, existindo alguns usuários das MAC que apresentam apenas motivos pragmáticos como é o caso daqueles que não obtiveram uma resposta satisfatória na medicina convencional para o seu problema de saúde e optam pelas MAC por razões práticas, ou seja, a insatisfação com a medicina convencional. Segundo Kelner & Wellman (1997a) os resultados deste estudo demonstram que o modelo comportamental desenvolvido por Andersen et al. pode ser aplicado não só ao estudo de serviços médicos convencionais mas também alternativos.

Ernst e White (2000) realizaram um estudo que tinha como objetivo saber qual o uso das MAC pela população em geral no Reino Unido. Nesse estudo a eficácia das MAC percebida pelos usuários, uma inclinação positiva em relação a estas (“...the user's liking for i...t”) e seus efeitos relaxantes foram as principais razões identificadas para usar as MAC (Ernst & White, 2000, pp.32-33), sendo, no entanto, identificadas outras razões tais como: alívio de lesões; boa saúde/bem-estar em geral; medida preventiva; não acredito que a medicina convencional funcione; recomendações/encaminhamento do médico; descobrir outras formas de vida/coisas novas; parte do estilo de vida; e não é possível obter tratamento no sistema nacional de saúde (Ernst & White, 2000, p.35).

O “Final Report of CAMBrella Work Package 4” na análise a 18 artigos científicos identifica como principais razões para o uso das MAC a insatisfação com o médico da medicina convencional, a preocupação com os efeitos colaterais dos medicamentos ou tratamentos invasivos, a preferência por métodos naturais, um melhor relacionamento



terapêutico com o praticante das MAC, manter a saúde/bem-estar geral e a recomendação de um amigo ou parente. As razões para o uso das MAC identificadas nestes artigos não permitem, no entanto, devido ao número reduzido de artigos chegar a generalizações ou conclusões.

Tangkiatkumjai et al. (2020) realizaram uma revisão sistemática bibliográfica com o objetivo de compreender quais os fatores que influenciam as populações em todo o mundo (os estudos eram da Ásia, Europa, América do Norte, Oriente Médio e Austrália), a usar/não usar as MAC. Este estudo pretendia determinar “entre populações gerais e de condições específicas e entre as populações de cada região do globo” as semelhanças e diferenças nas razões para usar ou não a medicina complementar e alternativa (Tangkiatkumjai et al., 2020, p.1). Esta revisão sistemática concluiu que as razões para o uso das MAC entre as populações gerais e as populações com doença específica são semelhantes, existindo três principais motivos para o uso das MAC: “(1) ter uma expectativa de benefícios das MAC (84% das publicações), (2) insatisfação com a medicina convencional (37%) e (3) a segurança percebida das MAC (37%)” (Tangkiatkumjai et al., 2020, p.5). Por sua vez as principais razões para o não uso das MAC foram atitudes negativas em relação às MAC e satisfação com a medicina convencional. Para além disso outros fatores de influência significativa no uso das MAC foi o locus de controle interno da saúde nas populações ocidentais, as redes sociais nas populações asiáticas e o preço acessível, o fácil acesso às MAC e a tradição nas populações africanas.

Face ao exposto podemos concluir que a decisão de usar as MAC pelos indivíduos é tal como referem vários autores um processo complexo (Furnham et al., 1995, McGuire, 1988 cit. por Kelner & Wellman, 1997a; Cant, 2006) e multifatorial, no qual as razões para usar as MAC se apresentam complexas e em constante mudança, integrando conceitos de saúde e doença em constante mudança que refletem por um lado as experiências pessoais dos indivíduos, e por outro as mudanças sociais e culturais da própria sociedade. As razões pelas quais os indivíduos usam as MAC variam deste modo de indivíduo para indivíduo, alguns usam as MAC porque “...possuem ideologias de saúde particulares, exigem um relacionamento diferente com seu médico, estão preocupados com a segurança da biomedicina ou descobrem que a medicina alternativa lhes oferece várias maneiras de compreender seus corpos, sofrimento corporal e dar sentido à sua doença em relação a sua própria biografia e contexto social e cultural”,

outros por razões essencialmente pragmáticas “...desejando o alívio de um sintoma específico...” ( Cant & Sharma, 1999, p.46).

### **3.3 O uso das MAC na Europa**

Como referido muitos são os estudos a nível internacional sobre este tema, no entanto, no que se refere à Europa, e designadamente a alguns países da Europa, como é o caso de Portugal, estes são inexistentes ou muito poucos. A OMS e a União Europeia realizaram estudos, como já demonstrado no Capítulo II, sobre a prevalência do uso das MAC nos países da Europa, no entanto, estes apresentam algumas limitações não só metodológicas como também no que se refere à recolha de dados relativamente a alguns países nos quais não foi possível obter qualquer informação sobre o uso das MAC.

Neste ponto, tendo em atenção os dados apresentados no Capítulo II, não serão descritos dados quantitativos relativos à prevalência do uso nas MAC nos países europeus. Sublinhamos, no entanto, que não apresentamos esses dados quantitativos devido nos parecer mais pertinente apresentar estes comparativamente com os dados de Portugal.

### **3.4 O uso das MAC em Portugal**

Ao longo do extenso processo de regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais em Portugal um dos argumentos utilizados pelos vários intervenientes políticos, profissionais e sociais a favor da legalização destas práticas é o aumento significativo do uso das MAC nas últimas décadas. Pedro Choy nos meios de comunicação social afirma que os profissionais das MAC em Portugal “têm mais de 2,5 milhões de clientes”, e a Entidade Reguladora da Saúde (ERS), na audição parlamentar ocorrida a 4 de agosto de 2011, que tinha como finalidade a discussão do projeto " Carta de Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde " , representada pelo seu presidente o Prof.º Jorge Simões, afirma existirem “ cerca de 2 milhões de portugueses que acedem a essas terapias”<sup>79</sup>. Estes números, no entanto, não têm fundamentação científica, designadamente não existem estudos que demonstrem evidências empíricas relativamente a estes números. Em Portugal os estudos sobre o recurso às Medicinas Alternativas e

---

<sup>79</sup> <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheAudicao.aspx?BID=90900>

Complementares têm sido escassos, nomeadamente no que se refere às investigações científicas, tendo os poucos que existem sido realizados pelos meios de comunicação social, a Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), e o European Social Survey (ESS).

Relativamente aos estudos académicos realizados no nosso país sobre o recurso às MAC em Portugal apenas encontramos dois que, no entanto, não são representativos da população portuguesa e apresentam alguns dos vieses referidos anteriormente.

Carvalho et al. (2012) realizaram um estudo exploratório que tinha como objetivo conhecer a utilização das MAC numa amostra de indivíduos de nacionalidade portuguesa, residentes na região da Grande Lisboa. Neste estudo foi aplicado um inquérito, construído especificamente para este estudo, que identifica as seguintes modalidades das MAC, de acordo com uma análise realizada à oferta das MAC em Centros de Medicinas Alternativas e Complementares na região da Grande Lisboa e a classificação da NCCAM e: Acupuntura, Fitoterapia, Naturopatia, Homeopatia, Suplementos Nutricionais e Dietéticos, Massagens Terapêuticas, Massagens de Estética e Relaxamento, Reflexologia, Reiki, Osteopatia, Quiropraxia, Meditação, Técnicas de Relaxamento, Hipnose, Psicoterapia e Aromaterapia. A recolha da amostra foi realizada através do método de amostragem não probabilístico “bola de neve” utilizando as redes sociais dos inquiridos. A análise incidiu sobre 174 questionário, pois apesar de terem sido distribuídos 280 questionários, apenas 179 foram respondidos (taxa de resposta de 63,93%), tendo ainda 5 questionários ficado invalidados por serem respondidos de forma incompleta. Os resultados da análise demonstraram que aproximadamente 76% dos indivíduos da amostra que responderam ao questionário já tinha utilizado pelo menos uma MAC ao longo da vida. Neste estudo foram constituídos dois grupos, o dos utilizadores das MAC com 132 indivíduos e o dos não utilizadores com 42 indivíduos ( $132+42 = 174$ ), apresentando deste modo o grupo de utilizadores das MAC uma percentagem de 75,9 % e o grupo de não utilizadores uma percentagem de 24,1%. As terapêuticas das MAC, neste estudo, apresentam as seguintes percentagens de utilização: 51 % - os Suplementos Naturais e Dietéticos; 35% - as Massagens Estéticas e de Relaxamento; 34% - a Fitoterapia; 28% - as Massagens Terapêuticas; 22% - as Técnicas de Relaxamento; 21% - a Naturopatia; 3% Hipnose; 7% - a quiropraxia; 9% - a aromaterapia; e por último a acupuntura, a homeopatia, a reflexologia, o reiki, a osteopatia, a meditação e a psicoterapia apresentaram taxas de utilização entre os 10% e os 20%. Nesta amostra, tal

como se verifica noutros estudos científicos, os utilizadores das MAC “são tendencialmente mulheres, têm idades entre os 60 e os 69 anos, formação ao nível do ensino secundário e superior, estado civil divorciado e rendimento mensal entre os 1000 e os 1500€” (Carvalho et al., 2012, p. 88).

No âmbito do projeto de investigação “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais”, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e pela Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed), desenvolvido no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL), pela equipa de investigação constituída pelos investigadores Carla Rodrigues, Hélder Raposo, Telmo Clamote, Elsa Pegado e a coordenadora Noémia Lopes, que tinha como finalidade aprofundar o conhecimento sociológico sobre as lógicas e racionalidades em que se inscreve o atual pluralismo terapêutico<sup>80</sup>, são apresentados alguns indicadores sobre a utilização das MAC em Portugal. Neste estudo foi aplicado em 2008 um inquérito por questionário a uma amostra representativa (com uma margem de erro de aproximadamente 2,5% para um intervalo de confiança de 95%) da população residente em Portugal continental, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 70 anos, estratificada por região, sexo, escolaridade e idade (n=1509) (Pegado, 2017, p.153). Este inquérito que incluía a questão “Alguma vez recorreu a tratamentos (não medicamentosos) de medicinas alternativas (por exemplo acupuntura, técnicas de relaxamento, osteopatia, massagens terapêuticas, etc.)?”, assim como a questão sobre o uso de medicamentos/produtos terapêuticos “naturais”, teve resultados bastantes inferiores aos apresentados no estudo de Carvalho et al. (2012). Neste estudo apenas 3,7% dos inquiridos responderam afirmativamente à primeira questão e 12,7% no que se refere ao uso de medicamentos/produtos terapêuticos “naturais”.

A Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), em 1992 efetuou um estudo a nível nacional com a finalidade de saber qual a utilização das “terapias paralelas” no nosso país na época<sup>81</sup>. A definição de “terapias paralelas”, designação utilizada para denominar as MAC, incluía 35 terapêuticas das medicinas alternativas e complementares. As terapias com cariz espiritual ou religioso foram excluídas neste estudo. Neste estudo apenas 8% dos inquiridos afirma ter utilizado as

---

<sup>80</sup> <https://ciencia.iscte-iul.pt/projects/medicamentos-e-pluralismo-terapeutico-consumos-logicas-e-racionalidades-sociais/217>

<sup>81</sup> Pro Teste, «Terapias Paralelas», n.º 118, setembro de 1992, p. 19.

“terapias paralelas” ao longo da vida, tendo os utilizadores, mais frequentes, idades compreendidas entre os 30 e 49 anos, maior escolaridade e residência nos grandes centros urbanos do país, nomeadamente na Região de Lisboa e Vale do Tejo, Norte e Centro do País<sup>82</sup>.

Em 2007 a Marktest, empresa especializada na área de estudos de mercado<sup>83</sup>, realizou uma sondagem para o jornal “Diário de Notícias” e a TSF que tinha como pergunta-chave “Já recorreu a alguma terapia alternativa, ou não convencional, como a acupuntura, o ioga entre outros?”<sup>84</sup>. Nesta sondagem 15,5 % dos inquiridos respondeu sim à questão proposta, designadamente refere ter utilizado algum tipo de terapia não convencional (como a acupuntura, o yoga, a meditação, as massagens orientais, o reiki ou os programas de auto-ajuda, entre outros), tendo, no entanto, a sua grande maioria, 84,2 % dos inquiridos respondido que não e 0,2 % dos inquiridos respondido que não sabia. Este estudo revelou que as mulheres eram mais propensas a utilizar estas modalidades terapêuticas, que os mais velhos, nomeadamente os cidadãos a partir dos 55 anos, não estavam tão abertos a utilizar estas práticas de saúde e que era nos grandes centros urbanos como o Grande Porto, a Grande Lisboa e o Litoral Centro que se encontravam mais utilizadores destas terapêuticas alternativas.

O European Social Survey (ESS)<sup>85</sup>, “infraestrutura de pesquisa pan-europeia que fornece dados de acesso livre para académicos, legisladores, sociedade civil e o público em geral”, criada por Sir Roger Jowell e Max Kaase<sup>86</sup>, financiada por todos os países participantes<sup>87</sup>, em 2004, na sua segunda edição integrou um módulo com indicadores sobre saúde e medicamentos, que contemplava questões sobre o uso de medicamentos naturais e sobre o recurso aos terapeutas das MAC.

À questão em escala «Quando você tem um problema de saúde, com que frequência você usa remédios naturais?» realizada no inquérito de 2004, 60,4 % dos inquiridos respondeu “Nunca ou quase nunca” e 39,2 % dos inquiridos respondeu de acordo com os itens “algumas vezes”, “aproximadamente metade das vezes”, “a maior

---

<sup>82</sup> Pro Teste, «Terapias Paralelas», nº 118, setembro de 1992, p. 19.

<sup>83</sup> <https://www.marktest.com/>

<sup>84</sup> Diário de Notícias, «Portugueses ainda aderem pouco», 4 de dezembro de 2007, p. 11.

<sup>85</sup> O European Social Survey, programa de investigação europeu, que consiste na administração de um inquérito por questionário, de dois em dois anos, a amostras representativas das populações de diversos países europeus, tem como finalidade medir, de forma comparada, as atitudes e práticas sociais das populações em vários domínios.

<sup>86</sup> Site do European Social Survey: <https://www.europeansocialsurvey.org/about/history.html>

<sup>87</sup> De acordo com o site do European Social Survey “*Todos os países participantes são obrigados a contribuir para os custos de coordenação central, compostos por uma taxa básica de adesão e um valor adicional, calculado de acordo com o PIB de cada país. Além disso, cada país cobre os custos do trabalho de campo e da coordenação nacional*”.

parte das vezes” e “sempre ou quase sempre”, existindo deste modo segundo estes dados uma percentagem significativa de usuários de medicamentos naturais em Portugal na data do inquérito. No entanto, comparativamente com os restantes países da Europa, nos quais também foi realizado o estudo, designadamente na Áustria, Bélgica, Suíça, Chéquia, Alemanha, Dinamarca, Estónia, Espanha, Finlândia, França, Reino Unido, Grécia, Hungria, Irlanda, Islândia, Luxemburgo, Países Baixos, Noruega, Polónia, Suécia, Eslovénia, Eslováquia, Turquia e Ucrânia, o uso de medicamentos naturais era manifestamente mais baixo em Portugal.

**Tabela 1 - Usar remédios à base de ervas para problemas de saúde, com que frequência (European Social Survey, 2004)**

	Portugal (%)	Europa (%)
Nunca ou raramente	60.4	39,9
Algumas vezes	29.1	32,8
Aproximadamente metade das vezes	3.9	9,6
A maior parte das vezes	4.0	10,0
Sempre ou quase sempre	2.2	4,7
Não tem problemas de saúde	0.4	3,0
Total	100.0	100,0

Nota: Nas percentagens apresentadas relativamente a Portugal e a Europa foram selecionadas as variáveis de ponderação “Design weight” e “Population size weight (must be combined with dweight or pspwght)”.

No que se refere à frequência do recurso aos terapeutas das MAC o inquérito do European Social Survey, realizado em 2004, apresenta percentagens significativamente baixas para Portugal. O inquérito do European Social Survey integra quatro questões de escala referentes a quatro problemas específicos de saúde, nomeadamente contempla as seguintes questões: «Suponha que você esteja com a garganta muito inflamada. Se resolvesse pedir conselho ou tratamento a alguém, qual das seguintes opções escolheria em primeiro lugar?» «Suponha que você esteja com dor de cabeça grave. Se resolvesse pedir conselho ou tratamento a alguém, qual das seguintes opções escolheria em primeiro lugar?», « Suponha que você esteja com um problema grave de sono. Se resolvesse pedir conselho ou tratamento a alguém, qual das seguintes opções escolheria em primeiro lugar ?» e « Suponha que você esteja com dor nas costas grave. Se resolvesse pedir conselho ou tratamento a alguém, qual das seguintes opções escolheria em primeiro lugar?». Na sequência da resposta a estas questões com a categoria/item “Outros praticantes”, seria

realizada outra questão «Qual destes tipos de terapeutas (acupuntura ou acupressão, medicina chinesa, quiropraxia ou osteopatia, fitoterapia ou homeopatia, hipnoterapia, massoterapia, fisioterapia, reflexologia e outro)?». No entanto, segundo o que nos foi dado compreender apenas seria realizada esta última questão se as questões anteriores fossem respondidas com o item “Outros praticantes”. Tendo em atenção “Dataset” do ESS2-2004, ed.3.6 construímos a Tabela 2. Nesta Tabela tal como na anterior foram aplicadas as variáveis de ponderação “Design weight” e “Population size weight (must be combined with dweight or pspwght)”.

**Tabela 2 - Primeira escolha de aconselhamento/tratamento sobre problemas de saúde, em 2004 (European Social Survey, 2004)**

	Garganta muito inflamada		Dor de cabeça grave		Problema grave de sono		Dor nas costas grave	
	Portugal (%)	Europa (%)	Portugal (%)	Europa (%)	Portugal (%)	Europa (%)	Portugal (%)	Europa (%)
Ninguém	14,9	21,1	23,9	29,5	15,9	20,1	10,7	7,8
Amigos ou família	4,1	17,4	5,1	16,3	3,5	12,0	2,3	8,6
Farmacêutico	12,6	17,5	11,4	13,9	6,1	6,5	4,7	2,5
Médico	67,4	42,1	58,8	38,2	73,5	58,6	80,5	75,4
Enfermeiro	0,7	0,9	0,5	0,8	0,5	0,6	0,9	0,6
Consultava a Internet/web	-	0,2	-	0,1	-	0,3	0,1	0,2
Linha telefónica de apoio médico	0,1	0,3	-	0,4	0,1	0,2	-	0,2
<b>Outro praticante (outro técnico de saúde)</b>	<b>0,2</b>	<b>0,6</b>	<b>0,1</b>	<b>0,7</b>	<b>0,4</b>	<b>1,5</b>	<b>0,8</b>	<b>4,7</b>
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ao analisarmos a Tabela 2 constatamos que o recurso ao médico é o item que apresenta maior percentagem, verificando-se que Portugal, comparativamente com a Europa, apresenta ainda valores superiores. A Tabela 2 revela existir uma percentagem muito baixa de utilizadores de outros praticantes de saúde não oficiais. Contudo estes resultados apresentam alguns vieses relacionados com: a formulação da questão e os indicadores construídos utilizados no inquérito; a limitação dos resultados que incidem apenas sobre quatro problemas de saúde específicos excluindo outras problemáticas de saúde que poderiam induzir ao uso das MAC; e a denominação das categorias de resposta consideradas, nomeadamente a designação “Outros praticantes de saúde” poder levar à omissão de situações de real utilização das MAC na medida em que alguns dos

utilizadores das MAC podem não considerar os terapeutas das MAC como “Outros praticantes” de saúde (Pegado, 2017). Independentemente de estes resultados apresentarem alguns vieses é demonstrado que em Portugal comparativamente com os restantes países da Europa, o recurso a terapêuticas das MAC é aparentemente relativamente mais baixo.

Na ESS7-2014, ed.2.2, no módulo da saúde, estava incluída uma questão sobre a utilização das MAC nos últimos 12 meses: «Nos últimos 12 meses, a quais dos tratamentos mencionados recorreu para tratar da sua saúde?». Neste inquérito são contempladas as seguintes modalidades das MAC: acupuntura, acupressão, medicina chinesa, quiropraxia, osteopatia, homeopatia, tratamento à base de ervas, hipnoterapia, massagem terapêutica, fisioterapia, reflexologia e cura espiritual.

**Tabela 3 - Tratamento das MAC usado para tratar da saúde, em 2014 (% de utilizadores) (European Social Survey, 2004)**

	<b>Europa (%)</b>	<b>Portugal (%)</b>
Acupunctura	3,8	3,7
Acupressão	0,6	0,0
Medicina chinesa	1,1	0,2
Quiropraxia	2,4	0,2
Osteopatia	5,9	1,7
Homeopatia	6,3	1,9
Tratamento à base de ervas	4,9	2,1
Hipnoterapia	0,3	0,2
Massagem terapêutica	12,1	5,0
Fisioterapia	17,1	12,1
Reflexologia	1,8	0,6
Cura espiritual	1,4	1,0

Na Tabela 3, na qual foram aplicadas como variáveis de ponderação mais uma vez a “Design weight” e “Population size weight (must be combined with dweight or pspwght)”, constatamos que as percentagens de utilização das MAC são bastante baixas, tendo Portugal comparativamente com a Europa, valores ainda mais baixos.

Esta análise permite constatar que os resultados do estudo do projeto “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais”, aproximam-se dos resultados do European Social Survey ao contrário dos resultados obtidos no estudo de Carvalho et al. (2012).



Podemos, então, concluir que Portugal apresentava até há aproximadamente uma década atrás valores inferiores relativamente aos restantes países europeus no que se refere ao uso das MAC, pelo menos os indicadores dos poucos estudos existentes no nosso país sobre este tema demonstram isso, apesar das falhas metodológicas. No entanto, tal não foi motivo de impedimento para a regulamentação das MAC no nosso país que se revela como um país de vanguarda da Europa relativamente às MAC. Para além disso podemos concluir que a medicina convencional em Portugal permanecia como resposta primordial para os cuidados de saúde para a grande maioria dos portugueses.

#### **Capítulo IV – As Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal. Nascimento das Medicinas Alternativas e Complementares em simultâneo com a ascensão da Biomedicina.**

Neste estudo pretendendo realizar uma breve análise histórica ao fenómeno social, político e económico contemporâneo que se tornaram as medicinas complementares e alternativas identificámos três períodos histórico-políticos: Período que vai dos fins do Século XVIII ao início Século XX – Neste período assiste-se em paralelo ao nascimento de algumas das medicinas alternativas e complementares na Europa como é o caso da Homeopatia e Naturopatia e à importação de terapêuticas oriundas de países asiáticos e outros, e aos primeiros passos do nascimento da medicina científica; Período que vai da primeira metade do Século XIX à década de 70 do Século XX– Neste momento histórico as medicinas complementares e alternativas sofrem o que alguns autores designam de eclipse com a consolidação e apropriação hegemónica da medicina científica no mundo ocidental; Período que vai da segunda metade do Século XX (mais propriamente das décadas de 60 e 70) até à atualidade – Por último neste período histórico dá-se o que é referido por muitos como a reemergência das medicinas alternativas e complementares. Estes três períodos históricos não são estanques, isto por um lado devido à histórico-política das MAC em Portugal se revelar com algumas discrepâncias temporais relativamente à Europa e aos Estados Unidos da América e por outro a própria história e origem das MAC decorrer em períodos diferentes nos diversos países e continentes. Tendo em atenção estes três períodos histórico-políticos e como objetivo compreender o processo evolutivo histórico social que as medicinas complementares e alternativas sofreram desde o seu nascimento e reemergência na Europa até aos dias atuais, será feita uma análise histórica a cada uma destas épocas, priorizando, no entanto, o processo complexo e simbiótico que a medicina científica e as medicinas alternativas e complementares mantiveram ao longo dos séculos que inicialmente se caracterizou pela coexistências dos dois paradigmas epidemiológicos, passando posteriormente pela ascensão da medicina científica na sociedade ocidental e a marginalização das medicinas alternativas e complementares e por fim pela reemergência destas e uma representativa crise simbólica no paradigma médico-científico. De acordo com a demarcação destes três marcos históricos, e partindo sempre do contexto internacional de origem/nascimento de cada uma destas terapêuticas, será realizada uma breve descrição sobre o nascimento das medicinas alternativas e complementares regularizadas em Portugal, assim como sobre a sua marginalização e posterior reemergência no nosso país. Este capítulo, nos permitirá uma melhor

compreensão dos sucessos e recuos do processo de regulamentação das MAC em Portugal, assim como nos países da União Europeia. Contudo temos de sublinhar que não foi possível relativamente à osteopatia e à quiropraxia realizar a mesma resenha que foi feita para as restantes terapêuticas devido estas duas terapêuticas terem surgido em Portugal num passado muito recente, nomeadamente a osteopatia na década de 60 e a quiropraxia entre a década de 80 e 90.

#### **4.1 Período que vai dos fins do Século XVIII à primeira metade do Século XX – Nascimento de algumas das medicinas alternativas e complementares na Europa e importação de outras oriundas de países como a China e Estados Unidos da América. Os primeiros passos do nascimento da medicina científica.**

Para compreender o nascimento e surgimento de algumas das medicinas alternativas e complementares na Europa é necessário contextualizar social, economicamente, politicamente e cientificamente este período histórico.

O século XVIII é palco de grandes transformações socioeconómicas na sequência do emergente capitalismo que com a revolução industrial, que teve origem inicialmente na Inglaterra e se espalhou pela Europa Ocidental no início do século XIX, atingiu o seu apogeu e transformou estruturalmente as relações sociais, laborais, políticas e económicas das sociedades. O capitalismo ao modificar toda a estrutura social da sociedade, alterando as relações de poder e riqueza entre as diferentes classes sociais, elevou as desigualdades económica e sociais, levando a que a classe média e alta ficasse mais rica e a classe pobre ficasse ainda mais pobre (Hunt & Lautzenheiser, 2011). A industrialização exerceu forte pressão sobre a estrutura tradicional da família da classe trabalhadora ao criar novos padrões de trabalho nomeadamente ao empregar mulheres e crianças (Rose, 1971). Neste período assiste-se a grandes alterações demográficas que consistiram entre outros fatores no êxodo das populações rurais para as cidades e a um aumento da mão de obra para as indústrias capitalistas. As cidades manufatureiras assistiram, então, a um aumento desmedido da sua população, passando os trabalhadores fabris a residir em pequenas casas, construídas perto das fábricas, desprovidas de condições sanitárias. O aumento desproporcional da população levou a que as condições de vida dessas populações se deteriorassem e a que essas zonas se tornassem bairros geradores de doenças (Rose, 1971). As novas indústrias e a nova estrutura económica designada de capitalismo, põem desta forma em causa a saúde e segurança de uma classe social mais empobrecida ao expor esta classe trabalhadora aos perigos causados por máquinas desprotegidas e a uma atmosfera carregada de poeira e poluição do ar e da água (Rose, 1971).

Este período histórico é também marcado pelas doenças pestilenciais (peste, cólera, lepra) herdadas dos séculos anteriores, pelas epidemias mais recentes (varíola, febres intermitentes, vírus de influenzas) e pelas endemias mais antigas, que os

colonizadores transmitiam (tuberculose, sífilis e outras doenças venéreas etc.) (Luz, 1996).

É neste cenário europeu de saúde que observamos à coexistência de vários sistemas médicos no século XVIII e primeira metade do XIX, que tentavam responder a todos esses flagelos tanto a nível da teoria médica como da intervenção terapêutica (Luz, 1996). Neste período histórico a medicina oficial coexistia lado a lado com as designadas medicinas alternativas e complementares, nomeadamente a acupuntura detinha em algumas sociedades ocidentais posição privilegiada em determinados círculos médicos, sendo inclusive praticada nos hospitais públicos da França e da Inglaterra (Bivins, 1997 cit. por Nogueira, 2018). Esta realidade pode também ser explicada pelo facto de neste período histórico a medicina não ter ainda estabelecido a sua posição de hegemonia nas sociedades ocidentais e não ter adquirido ainda o seu supremo estatuto de científica. O nascimento da dita medicina científica, representada globalmente como saber epistémico verdadeiro e universal na área da saúde, não foi um acontecimento único, ou seja não foi de forma abrupta e repentina que a medicina se constituiu num campo de saberes científicos mas antes tal como refere Camargo (1997, p.49) um “processo de transformação radical diluído no tempo, estendendo-se da segunda metade do século XVIII ao final da primeira metade do século XIX” que teve subjacente um contexto sociocultural e económico que contribuiu para o seu nascimento e desenvolvimento e para a marginalização mais tarde de todas as outras práticas e terapêuticas de cura. Esta transformação da medicina tem que ser compreendida, como já mencionado, tendo como referência o contexto socioeconómico da época em que se verificavam altas taxas de mortalidade associadas às péssimas condições laborais. A ocorrência de doenças infecto-contagiosas que o ambiente propício das fábricas proporcionava, assim como a falta de segurança nas fábricas que desencadeava acidentes laborais, provocavam elevadas taxas de mortalidade entre a classe trabalhadora (Penteado, 1999). O capitalismo dependia desta classe trabalhadora, pois como refere Foucault (1999, p. 132), o capitalismo “só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenómenos de população aos processos económicos”. É neste contexto que o hospital e a técnica necropsia, base do método anatomoclínico são incorporados pela embrionária medicina científica moderna que deste modo sofre uma verdadeira revolução nos seus alicerces (séculos XVII e XVIII) (Camargo, 1992, p. 207). Os hospitais até ao final do século XVIII são fundamentalmente “instituições de

assistência de carácter religioso, separação e exclusão dos pobres doentes” e a “ medicina, por sua vez, amparada na noção de crise, consistia numa prática individual, fundamentalmente uma observação médica do “ataque” da doença à natureza sadia dos indivíduos” (Ferla et al., 2011, p. 494). É no espaço hospitalar que passaram “a ser realizadas as observações necessárias ao estabelecimento das descrições anatomopatológicas”, passando deste modo as necropsias a ser realizadas às centenas (Camargo, 1997, p. 49; Nogueira, 2018, p. 1023). É Giovanni Battista Morgagni, médico italiano e anatomista com o seu livro intitulado *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, publicado em 1767, onde faz a descrição de histórias clínicas em que foram elaboradas autópsias e demonstra que a doença é uma alteração anatómica de um ou mais órgãos do corpo humano (Entralgo, 1978; Conti, 2018), que dá início a um processo que marca o início da medicina científica, designado por Foucault (1977) de anatomoclínica. A partir daqui dá-se início a um processo de transição em que muda toda a forma de entender e expor a patologia. Este processo consolida uma das perspetivas da caracterização das doenças, que se tornaram a expressão de lesões celulares, sendo esta nova conceção de doença a categoria central do saber e da prática da medicina (Camargo, 1997). A intervenção médica está deste modo centrada na doença e nas lesões que as causam passando tudo o resto a ser secundário inclusive o indivíduo que as transporta (Camargo, 1992). Tal como refere Camargo (1997, p. 48) a “perspetiva de encontrar a essência da doença a partir do exame empírico de lesões determina todo um campo epistemológico” tornando-se inconciliável relativamente a outras explicações que não sejam aquelas que têm por base os seus próprios fundamentos.

É neste contexto científico, sociocultural e económico que surge como contracorrente a homeopatia, que atestará a supremacia da arte de curar sobre a teoria das doenças, criticando a falta de princípios terapêuticos da medicina do final do século XVIII e início do século XIX (Luz, 1993), designadamente Hahnemann, o fundador da homeopatia, na sua obra “Organon da Arte de Curar” refere:

*“A primeira, a única vocação do médico é restabelecer a saúde dos enfermos: é o que chama curar. Sua missão não é forjar sistemas, combinando ideias ocas com hipóteses sobre a essência íntima da vida e a produção das moléstias no interior invisível do corpo, ou procurar incessantemente explicar os fenómenos mórbidos e sua causa próxima, que permanecerá sempre oculta para nós, submergindo o todo numa mixórdia de abstrações ininteligíveis, cuja pompa dogmática embasbaca os ignorantes, enquanto os doentes*

*suspiram em vão por socorros. Já estamos fartos destes sonhos sábios que se chamam medicina teórica; é tempo de todos aqueles que se dizem médicos cessarem, enfim, de enganar os pobres humanos com palavras ocas de sentido, e de começarem a agir, isto é, aliviar e a curar realmente os doentes”.* (cit. por Luz, 2014, pp. 67-68)

### 4.1.1 Homeopatia

#### Origem e breve caracterização da Homeopatia

A homeopatia, uma medicina alternativa com origem na Europa no início do século XIX, tem mais de 200 anos e apresenta-se como a MCA mais antiga da Europa (Loudon, 2006). A homeopatia foi fundada por Christian Frederich Samuel Hahnemann. Hahnemann nasceu no dia 10 de abril de 1755 na pequena cidade de Meissen, na Alemanha. Hahnemann, filho de um operário luterano, pobre, financiou os seus estudos de medicina com a tradução de textos franceses, ingleses e italianos para o alemão. Em 1775, Hahnemann vai para Leipzig, onde lhe foi facultado assistir às aulas na universidade. Posteriormente em busca de experiência e treinamento clínico vai para Viena onde adquiriu experiência com o Dr. Von Quarin, o médico real. Em 1779 recebeu o diploma de médico na Universidade Frederick Alexander, em Erlangen. Hahnemann exerceu medicina durante algum tempo, mas desiludido com os resultados obtidos com a medicina oficial que se manifestava excessivamente invasiva e insatisfeito com a “ausência de princípios para indicar o poder curativo dos remédios na medicina”, decide sustentar-se traduzindo livros médicos (Corrêa et al., 1997; Ferreira, 1999; Luz, 2014 p. 64). Em 1790 ao traduzir a obra “Matéria Médica”, obra que incidia sobre o uso da quina no tratamento da malária, de William Cullen (1710-1790), médico escocês prestigiado no seio da classe médica, que praticou em Edimburgo, discordou das explicações dadas por este para os efeitos terapêuticos da China officinallis (quina) no tratamento das febres intermitentes (Luz, 2014, p. 64; Ferreira, 1999; Corrêa et al., 1997; Corrêa et al., 2006). Face a isso Hahnemann decidiu experimentar a quina em si mesmo tendo concluído que os sintomas provocados pela quina em pessoas saudáveis são semelhantes aos sintomas dos doentes com malária. Posteriormente realizou novas experiências com outros compostos, nomeadamente beladona, mercúrio e outros, chegando à mesma conclusão (Corrêa et al., 1997; Corrêa et al., 2006), ou seja, que os efeitos tóxicos das drogas evidenciados nas pessoas saudáveis que fazem parte da experiência são idênticos aos sintomas das doenças que as mesmas drogas curavam (Luz, 2014). Segundo Luz este é ponto central da teoria homeopática (2014). Hahnemann com base nestas evidências experimentais e no pensamento hipocrático – Similia similibus curentur – (Corrêa, 1995; Dudgeon, 1994b; Vanier, 1994 cit. por Corrêa et al., 2006), criou mais tarde uma nova terapêutica, a homeopatia.



Hahnemann começou, então, a pesquisar os fundamentos da “lei dos semelhantes”<sup>88</sup> a base da homeopatia, realizando para isso mais de cem experiências com diferentes drogas em indivíduos saudáveis. Em 1796 publicou no *Jornal de Hufeland* uma monografia intitulada “Ensaio sobre um novo princípio para se averiguar as virtudes curativas de um medicamento”, na qual descrevia os seus experimentos e referia alguns factos observados por outros autores, defendendo a ideia do semelhante como princípio ativo de cura das doenças (Luz, 2014; Corrêa et al., 1997; Corrêa et al., 2006). Posteriormente decide voltar a exercer medicina tratando, no entanto, os seus pacientes utilizando a aplicação dos seus novos princípios. Mais tarde num artigo do mesmo *Jornal*, em 1806, com o subtítulo “Indicações do emprego homeopático dos medicamentos na prática (clínica) obrigatória”, refere pela primeira vez o seu método terapêutico homeopático (Luz, 2014). Os fundamentos epistemológicos deste novo método terapêutico revelam-se completamente divergentes dos conceitos terapêuticos alopáticos da medicina oficial na medida que esta nova terapêutica defende não só a diluição e dinamização das drogas e a aplicação de um único medicamento de cada vez a cada doente mas também sublinha e revaloriza muito dos princípios da tradição hipocrática – “atenção ao regime alimentar, importância dos fatores climáticos, ecológicos, psicológicos e a existência da energia vital” (Luz, 2014; Corrêa et al., 1997, p. 349; Corrêa et al., 2006). Em 1810 Hahnemann publicou a sua principal obra sob o título de “*Organon da Ciência Médica Racional*” que reúne os fundamentos da homeopatia, passando a ser considerada a “*Bíblia da Homeopatia*” (Luz, 2014; Corrêa et al., 1997, p. 349; Corrêa et al., 2006; ). Durante a vida de Hahneman foram publicadas cinco edições desta obra, tendo a partir da segunda edição ficado a ser conhecida como “*Organos da Arte de curar*” ou “*Exposição da doutrina médica homeopática*”. Em 1921 após a sua morte é publicada a sexta edição. No ano de 1811 publicou o primeiro volume da sua obra “*Matéria Médica Pura*” composta por seis volumes e a qual concluiu no ano seguinte (Corrêa et al., 1997, p. 349; Corrêa et al., 2006). Após defender tese na faculdade de medicina sobre a utilização do *Veratrum album* começa no ano de 1812 a lecionar na Universidade de Leipzig. Em 1828, numa época em que a homeopatia já era conhecida em vários países, publicou a obra “*Doenças Crônicas*”. Em Leipzig, no entanto, é alvo de diversas críticas e perseguições, apesar de mais tarde após a sua morte em 1851 lhe terem prestado homenagem e terem erguido um monumento de bronze (Corrêa et al., 1997, p. 349;

---

<sup>88</sup> “...A lei dos semelhantes formula-se: *similia similibus curantur* (os semelhantes curam-se pelos semelhantes)” (Luz, 2014, p.322).

Corrêa et al., 2006; Kayne, 2009). Após a morte de sua primeira esposa, Hahnemann casou com a marquesa Melanie D'Hervilly-Gohier, mudando-se para Paris em 1835, onde permaneceu até à sua morte em 1843 (Corrêa et al., 1997, p. 349; Corrêa et al., 2006; Kayne, 2009).

Os fundamentos da medicina homeopática, que se apresentam completamente opostos aos conceitos terapêuticos da medicina científica designada por Hahneman como medicina alopática, estavam desta forma criados. A homeopatia, método terapêutico que usa composições de substâncias cujos efeitos quando administrados em sujeitos saudáveis são semelhantes às manifestações do distúrbio no paciente (Ernst, 2002), tem subjacentes três princípios segundo Hahneman (Kayne, 2009): “semelhante cura semelhante” – “os doentes com sinais e sintomas específicos podem ser auxiliados por um remédio homeopático que produz esses sinais e sintomas em indivíduos saudáveis” (Ernst, 2002, p.577); “dose mínima” – “os remédios homeopáticos mantêm a atividade biológica após diluição e sucussão repetidas, mesmo quando diluídas além do número de Avogadro” (Ernst, 2002, p. 577); “medicamento único” – inicialmente Hahnemann defendia que se devia administrar um único medicamento para tratar uma doença. Posteriormente Hahnemann, administrou a combinação de dois ou três medicamentos, defendendo, no entanto, um número limitado de combinações (Kayne, 2009). Hahnemann defendeu a existência de uma força vital (que denominou de *dynamis*) que posteriormente foi designada de energia vital que dinamiza o organismo material (ou corpo material) mantendo-lhe o funcionamento equilibrado e harmonioso (Luz, 2014; Kayne, 2009; Corrêa, 2006). Para Hahnemann, então, a saúde é o equilíbrio desta força vital. A doença acontece quando esta força vital, que controla o inter-relacionamento existente entre todas as partes do corpo, é atingida por um agente morbífico, hostil à vida (Luz, 2014; Kayne, 2009; Corrêa, 2006). Neste caso, segundo Hahnemann a energia vital se altera, alterando seu ponto de equilíbrio, levando o organismo a ter sensações adversas, designadamente as funções irregulares que denominamos de doenças (Luz, 2014; Kayne, 2009; Corrêa 2006). O indivíduo adoce unicamente porque a força vital presente em todo o organismo foi afetada provocando uma anormalidade, um desequilíbrio. A doença se manifesta através de um conjunto de sintomas (mentais, físicos, funcionais, comportamentais) em cada indivíduo de forma diferente. A doença é compreendida desta forma como um processo que inicialmente manifesta sintomas mentais de leve intensidade, epidérmicos e funcionais que se desenvolve lesionando órgãos ou sistemas ou a vida psíquica na

totalidade (Luz, 2014). Para a saúde ser restabelecida no indivíduo é necessário restabelecer o equilíbrio da energia vital/organismo material que sucede com a eliminação do conjunto dos sintomas como um todo através da administração do medicamento apropriado para aquele indivíduo na dose adequada (Luz, 2014).

### **A História da Homeopatia em Portugal**

A homeopatia surge em Portugal no século XIX período conturbado politicamente e socialmente para o país.

No início do Século XIX o estado da saúde em Portugal era bastante problemático. A população extremamente pobre sofre o flagelo das epidemias (exemplo disso são a peste e a varíola), das doenças infecciosas e da subnutrição, nomeadamente das úlceras e outras maleitas gástricas, doenças venéreas, doenças de pele, bronquites, reumatismo, febres, pneumonias, alienação mental, lesões de coração e ferimentos que muitas vezes levavam à morte (Carvalho, 1929 cit. por Pombo, 2011). A falta de salubridade nas cidades também contribuía para o proliferar destes terríveis flagelos que atacavam a população portuguesa. “(...) As cidades do reino continuavam com graves problemas de insalubridade, cheias de lixo um pouco por todo o lado (...) Eram espaços naturalmente conspurcados (...) animais que se passeavam pelas ruas, nomeadamente cães vadios, vacas e cabras dos leiteiros, a par de animais de transporte como cavalos, burros e bois (...)” (Braga, 2001, p.129). Para este quadro contribuía os muitos rebanhos que atravessavam as cidades na época da transumância, agravando ainda mais a falta de limpeza das ruas não pavimentadas (Braga, 2001, p.129). Para além disso o ambiente poluente e mau cheiroso que se vivia nas cidades fruto das fábricas, dos matadouros, dos tripeiros e fressureiros, com o abate e tratamento de vísceras dos animais, assim como as águas sujas, colocavam em causa a saúde pública (Braga, 2001, p. 129). Também a higiene pessoal era bastante deficiente (Pombo, 2011). Perante este cenário tenebroso da saúde em Portugal deparamo-nos com uma medicina oficial que não consegue dar uma resposta satisfatória às populações. A medicina oficial não disponha por um lado de um número suficiente de médicos oficiais que pudessem responder a toda a população, notando-se mais ainda esta ausência de um corpo clínico nos meios rurais, por outro lado o atraso que a medicina em Portugal apresentava relativamente aos outros países da Europa era notório, a medicina “ensinada nos compêndios universitários continuava

baseada na sangria e na polifarmácia” (Helena Sant’ana, 2011, p. 4) traduzindo-se os tratamentos nas fricções, nos vomitórios, nos purgantes, na quina, no éter e na sangria. Nas zonas rurais a população recorria na sua maioria aos curandeiros e barbeiros que não tinham quaisquer conhecimentos relativamente à medicina oficial ou às composições farmacêuticas (Braga, 2001).

A medicina no século XIX deste modo, tal como refere Araújo (2005, p. 153) “oscilava entre as concepções dominantes no século anterior e a ciência experimental, deixando terreno livre para a alternativa da medicina popular, do mero charlatanismo ou de sistemas entre o empírico e o místico”.

A medicina oficial encontrava-se numa fase de consolidação no nosso país, não existindo ainda a medicina científica propriamente dita e conseqüentemente esta ainda não tinha adquirido de forma consistente e estrutural a sua hegemonia perante todas as outras práticas de cura. Face a este panorama geral no nosso país podemos afirmar que estavam criadas as condições necessárias para a abertura da sociedade portuguesa a outros sistemas de saúde que aparentemente se revelavam com menos conseqüências nefastas e que se centravam na subjetividade do paciente. Mas para compreendermos o processo de introdução/importação da homeopatia em Portugal não basta conhecer o estado de saúde do país neste período, é necessário também ter em atenção o contexto sociopolítico nacional e internacional da época que possibilitou o intercâmbio cultural, científico, educacional e político com países como a França, Espanha e Brasil.

A Revolução Francesa deu início a grandes mudanças na Europa. Por um lado, deu poder a Napoleão Bonaparte que liderou as designadas Guerras Napoleónicas e construiu o Grande Imperio Francês, tendo dominado quase toda a Europa Ocidental. Por outro mudou mentalidades políticas e intelectuais ao difundir pela Europa os seus ideais liberais como sucedeu em Portugal. A Revolução Francesa teve grandes repercussões em Portugal, não só ao influenciar ideais políticos, culturais e sociais nacionais, mas também ao invadir Portugal com as suas tropas nos inícios do século XIX e provocar o exílio político de grandes personalidades do país. Os exílios políticos portugueses que ocorreram neste período – o 1.º exílio entre os anos 1808 e 1822 e o 2.º exílio entre os anos 1828 e 1834 (Vargues, Torgal, 1993 cit. por Velloso, 2007) - durante os governos que assumiram ora uma posição política absolutista ora uma posição política liberal, foram de grande importância para a introdução e difusão da homeopatia em Portugal na sequência dos contactos que foram estabelecidos entre os portugueses e brasileiros,

franceses, espanhóis, italianos e ingleses. Estes dois períodos de exílio possibilitaram que personalidades portuguesas com relevância política, educacional, económica e cultural em Portugal tivessem contacto com os novos ideais liberais, assim como com os novos conhecimentos científicos e tecnológicos que surgiam nas mais diversas áreas do saber na Europa. Algumas destas personalidades ao regressarem do exílio revelam-se fundamentais para a introdução e difusão da homeopatia no país. Os exilados, constituídos entre outros por professores universitários, médicos, cirurgiões e boticários (Velloso, 2007) estiveram sujeitos a novas experiências culturais que seriam determinantes na “formação cultural dos intelectuais da geração de 1830-40...” e na “...constituição de uma rede de apoios políticos que sustentaria as suas carreiras” (Santos, 1979, p. 94). Alguns destes exilados frequentaram não só museus, bibliotecas, círculos culturais e salões da aristocracia como também frequentaram cursos na Universidade de Sorbonne ou outras como foi o caso de Rebelo de Carvalho que estudou Ciências Físicas e Naturais, e posteriormente se doutorou em medicina na Universidade de Lovaina (Santos, 1979). Para além disso foi no exílio que muito da imprensa da época foi redigida, tendo temas literários, artísticos e científicos (Santos, 1979; Velloso, 2007).

Almeida Garrett, Joaquim António de Aguiar, Passos Manuel, Silvestre Pinheiro Ferreira, Alexandre Herculano, Bernardo Sá Nogueira e o Duque de Saldanha foram algumas das personalidades desta época que se refugiaram no estrangeiro.

Com o início do governo liberalista de D. Pedro muitos dos exilados que se tinham distinguido durante o constitucionalismo de 1820 e durante a emigração seriam nomeados para preencher cargos políticos, administrativos e culturais. Tal foi o caso de Passos Manuel, o Duque de Saldanha e Almeida Garret entre outros.

Segundo Filho e Waisse (2016) os diversos estudos relativamente ao processo de propagação da homeopatia pelos diversos países e continentes destacam a figura de “introdutor” ou “introdutores” ou como refere antes Pereira e Pita (2005) de “pioneiro (s)”. Os autores neste contexto identificam dois modelos de difusão da homeopatia no século XIX, considerados por nós como uma das perspetivas explicativas do processo de introdução e difusão da Homeopatia em Portugal. Contudo não é de forma alguma nosso objetivo ao mencionar estes modelos explicativos reduzir todo este processo a esta perspetiva teórica que pode a nosso ver ser demasiado simplista. Segundo os modelos explicativos destes autores a difusão da homeopatia seria realizada ora através de médicos, que com o objetivo de solucionar problemas de saúde pessoais teriam procurado

Hahnemann e perante o sucesso terapêutico não só a estudaram como passaram também a praticá-la e ao regressar ao seu país de origem a introduziam, ora por outros indivíduos doentes (não médicos) que também procuraram Hahnemann e tiveram sucesso terapêutico, tendo deste modo se interessado pela terapêutica hahnemanniana, chegando mesmo a praticá-la algumas vezes, e a divulgaram em seus países de origem (Filho & Waisse, 2016, p.782). Estes modelos se verificam na história da homeopatia em Portugal, ainda que com algumas pequenas discrepâncias. Isso é demonstrado nos períodos de exílio que levaram a que grandes personalidades portuguesas médicas e não médicas, tivessem contacto com outros métodos terapêuticos, designadamente com a homeopatia e quando regressaram a divulgaram e defenderam como terapêutica médica válida. O sucesso terapêutico homeopático deveu-se em grande parte ao facto de figuras emblemáticas do nosso país não só divulgarem a homeopatia como por vezes se tornaram inclusive os seus patronos. Tendo em atenção estes modelos explicativos, mas também outros fatores designadamente como refere Pereira e Pita (1997, p. 430) “a atração que a França exerce em Portugal” e a aparente ausência de criação científica e tecnológica no país, passaremos a descrever o processo de introdução e difusão da homeopatia em Portugal.

Portugal, país devastado com várias guerras e lutas internas, com visíveis atrasos científicos e tecnológicos, nesta época sofria grande impacto da cultura francesa que se fazia notar nas mais diversas áreas da sociedade portuguesa, nomeadamente na ciência, na educação, na política, na literatura, na saúde e na própria vida social. Portugal, país pequeno com demarcados atrasos relativamente a outros países da Europa, designadamente nas áreas da saúde e ciência, manifestava efusivo interesse em países como a França que foram palco de grandes avanços científicos, filósofos e tecnológicos (Pereira & Pita, 2000). Tal é demonstrado de forma bastante explícita por Eça de Queiroz em carta a Oliveira Martins em 10 de maio de 1884: “... eu fui educado e eduquei-me a mim mesmo, com livros franceses, ideias francesas, modos de dizer franceses, sentimentos franceses e ideais franceses” (Cidade, 1985, p. 58). No que se refere à área científica, Portugal tinha principalmente a função de “centro recetor de modelos e métodos” científicos e tecnológicos concebidos em países mais desenvolvidos como a França (Pereira & Pita, 2000, p. 463; Pereira et al., 2005; Pereira & Pita, 1997).

A medicina alternativa foi constituída mais cedo na França do que em outros grandes países europeus (Ramsey, 1999). Paris, residência de Hahnemann nos últimos anos da

sua vida, foi o “centro de toda a propagação homeopática” na medida que foi de Paris “que o movimento homeopático se espalhou para outras partes do mundo” (Pereira et al., 2005, p. 570). Foi em Paris que os principais discípulos e sucessores de Hahnemann se concentraram (Pereira et al., 2005). Tal foi o caso do Dr. Benoit Mure, médico francês, pioneiro da Homeopatia no Brasil (Luz, 2014). No caso português poderemos falar de Silvestre Pinheiro Ferreira, - filósofo e jurista, ministro de D. João VI, exilado em Paris de 1826 a 1842 (Araújo, 2005), considerado um dos principais “pioneiros,” figura de relevância na introdução da homeopatia em Portugal, - que conheceu Hahnemann e a sua esposa Mélanie d’Hervilly, estabelecendo com estes longa relação de amizade. Silvestre Pinheiro Ferreira, que juntamente com António José de Lima Leitão, teve um papel central no reconhecimento de Hahnemann, como membro honorário de 1ª classe da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, promoveu a representatividade da Gazeta Homeopática do Porto, publicada entre 1835 e 1855, em Paris durante o ano de 1855 (Pereira et al., 2005). Outro grande “pioneiro” da homeopatia em Portugal é, portanto António José de Lima Leitão, médico português com fortes ligações a França. António José de Lima Leitão adquiriu o título de médico na Universidade de Paris na sequência de uma tese sobre pneumonia (Pereira et al., 2005). No ano de 1812 foi nomeado Chefe Cirurgião no Alto Comando Imperial de Napoleão. No ano de 1814 após terem terminado as Guerras Napoleónicas regressa a Portugal. Posteriormente esteve no Brasil e Goa, regressando a Portugal no ano de 1823. Em 1825 é nomeado lente de clínica médica, na Escola Régia de Cirurgia Médico-Cirúrgica de Lisboa<sup>89</sup>. Foi um dos fundadores da Sociedade das Ciências Médicas, tendo sido seu presidente, do ano 1838 até 1842 e presidente da sua Comissão de Saúde Pública entre 1844 e 1846<sup>90</sup>. Em 1832 recebeu a tradução francesa da obra de Hahnemann “Organon”, realizada por Jourdan, tendo feito “referência no seu livro de clínica” à mencionada obra (Pombo, 2010, p.77; Araújo,2005, p.159). O ciclo de maior expansão da homeopatia em Portugal tem início com a receção desta tradução francesa do Organon, terminando esta idade de ouro no fim do século XIX (Araújo, 2005 p. 159). Lima Leitão famoso pelos ensinamentos e aprendizagens clínicas que transmitia aos seus alunos e pela introdução da prática das autópsias como método de avaliação dos atos clínicos e de aprendizagem médica,<sup>91</sup> ficaria profundamente relacionado com os sucessos e desaires da homeopatia (Araújo,2005; Pombo, 2010). Um

---

<sup>89</sup> <https://medicosportugueses.blogs.sapo.pt/5571.html>

<sup>90</sup> <https://medicosportugueses.blogs.sapo.pt/5571.html>

<sup>91</sup> <https://medicosportugueses.blogs.sapo.pt/5571.html>

dos mais notáveis sucessos da homeopatia em Portugal será o reconhecimento de Hahnemann, em 1839, como membro honorário de 1ª classe da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, tendo tal consagração como principais impulsionadores António José de Lima Leitão, presidente na data da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa e Silvestre Pinheiro Ferreira (Araújo, 2005). Lima Leitão em março de 1839 consegue que Hahnemann seja eleito como "membro honorário da primeira classe" da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa juntamente com outros médicos não tendo existido na data qualquer oposição (Pereira et al., 2005). Contudo durante a consagração solene dos novos membros nacionais e estrangeiros, houve fortes protestos dos membros da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa relativamente à nomeação de Hahneman. Silvestre Pinheiro Ferreira surge em defesa da homeopatia apresentando à Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa um relatório que foi publicado na Revista da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa com uma nota introdutória de Lima Leitão, “onde o autor tentou reconciliar a homeopatia com a medicina alopática, defendendo a ideia de que o princípio "aequales aequalibus curantur" de Samuel Hahnemann não pôs em causa o antigo aforismo de Hipócrates "contraria contrariis curantur"” (Perreira et al., 2005 p. 574). Apesar de toda esta polémica, Hahneman em 24 de junho de 1839 recebe um diploma da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, entregue pelo próprio Silvestre Pinheiro Ferreira, sendo homenageado. Nesta época surgem várias publicações médicas em oposição à homeopatia nomeadamente o livro “Elementos de farmacologia geral e princípios gerais de assuntos médicos e terapêuticos” de Bernardino Antonio Gomes (filho), médico do rei D. Pedro V (Pereira et al., 2005). Na sua obra ele apresenta as conclusões de Andal, médico dos hospitais de Paris, que rejeita o valor científico da homeopatia, assim como a opinião negativa de Trousseau (Pereira et al., 2005). Eduardo Mota, professor da Faculdade de Medicina e Cirurgia de Lisboa, outra voz discordante da homeopatia analisa a homeopatia em vários países europeus e afirma que a homeopatia não é uma ciência ou sistema médico racional (Pereira et al., 2005).

Lima Leitão, assim como Florêncio Peres Furtado Galvão de quem falaremos posteriormente, contribuíram também para a instalação da homeopatia nas escolas de medicina, cirurgia e farmácia nacionais. Lima Leitão, nos anos 1833, 1838 e por último no ano de 1853, tenta implementar oficialmente na Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa o ensino da homeopatia sem sucesso, tendo os seus três pedidos sido recusados. No último pedido não só houve uma recusa, como foi criada uma comissão dirigida por Bernardino



António Gomes, autoridade médica sanitária lisboeta, com a finalidade de avaliar o “estado e modo porque o Sr. Dr. Lima Leitão dirigia o ensino” , tendo sido acusado por esta de “não [cumpria] os seus deveres, [viciando] o espírito dos discípulos , esgrimindo o acusado o argumento de que a “Lei da Escola não [limitava] o número ou qualidade dos *methodos therapeuticos*, nem [podia], uzados nas Clinicas” (Araújo, 2005 p. 161). A introdução da homeopatia em Portugal como é possível observar nestes acontecimentos, não foi, no entanto, pacífica e consensual no seio da classe médica, existindo uma reação fervorosa de oposição por parte de alguns médicos e cirurgiões. Neste episódio é possível antever a luta de poder pela aquisição de hegemonia da classe médica oficial que neste período histórico já usava estratégias associadas ao próprio poder governamental.

Florêncio Peres Furtado Galvão foi outro pioneiro da homeopatia em Portugal de grande relevância na medida que possibilitou que o conhecimento da homeopatia chegasse aos médicos através do ensino na Universidade de Coimbra. Florêncio Peres Furtado Galvão e Henrique de Burnay, médico de origem belga a morar em Portugal, estiveram entre os primeiros médicos a praticar homeopatia em Portugal (Pereira et al., 2005; Almeida et al., 2018). Henrique de Burnay foi o primeiro médico a praticar homeopatia em uma clínica em Portugal (Pereira et al., 2005; Almeida et al., 2018). A tese de doutorado de Florêncio Peres Furtado Galvão, lente na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra entre 1835 e 1859, defendida em 1835 versando “*De hominum temperamentis, eorumque influxu in Physiologia, Pathologia, Moraliq̃ue Scientiis*”, ao incluir no terceiro capítulo o tema “*Ex Matéria Medica; a que Pharmacia*”, item referente à “*homoeopathica doctrina de medicamentorum actione caute admitenda*” (Pombo, 2011; Araújo, 2005) torna-se pioneira, do ponto de vista institucional, do sistema Hahnemann em Portugal (Pereira et al., 2005) .

Furtado Galvão professor da disciplina “*Matéria Médica e Farmacêutica*” do curso de Medicina e Cirurgia e do curso de Farmácia, ensinaria, desde 1835 até à sua aposentadoria em 1859, nas suas aulas o sistema homeopático de Hahnemann. Como refere Pereira e al. (2005) a homeopatia, no entanto, apesar de ser apenas um dos vários temas do programa ensinado por Furtado Galvão, possibilitou que os estudantes de medicina e farmacêutica estudassem o *Organon* e todas as revistas francesas homeopatas disponíveis, tendo desta forma instituído ainda que de forma informal uma academia de “homeopatas no coração do corporativismo canónico médico-cirúrgico e farmacêutico

português”, como é o caso de António Ferreira Moutinho que se tornará médico do ilustre político Passos Manuel (Araújo, 2005, p.162).

Outro reconhecido homeopata da época foi António Maria dos Santos Brilhante, médico e cirurgião muito conhecido, vitalista, escritor da *Agulha Medica* e do *Esculápio* (Pombo, 2010).

Neste período podemos então concluir que existia um grande número de homeopatas entre médicos, cirurgiões e farmacêuticos que tinham vasto apoio do público leigo, não só por parte de uma clientela que de forma alternativa ou complementar usava a homeopatia para a solução dos seus problemas de saúde, como por parte de algumas figuras ilustres que se constituíam como protetores da homeopatia em Portugal (Araújo, 2005). No entanto, a homeopatia não é só praticada por médicos e cirurgiões, é também praticada por curandeiros e charlatães (Pereira et al., 2005). A homeopatia atraiu portanto não só um número substancial de praticantes como de clientes que se apresentavam muitas vezes como ilustres figuras políticas e culturais de Portugal. Tal deveu-se não só como já foi referido à influência francesa, mas também à espanhola e brasileira que no contexto dos exílios políticos se revelaram países politicamente estratégicos. Para além disso no caso particular do Brasil, este foi também um país de emigração portuguesa com a finalidade de melhorar as condições de vida dos cidadãos portugueses que procuravam a riqueza no outro lado do atlântico. Segundo Pereira et al. (2005) estes países foram decisivos para o desenvolvimento da homeopatia em Portugal. Estes autores referem que o facto da Espanha estar vinte anos à frente de Portugal, onde a homeopatia já era conhecida e praticada por vários médicos, assim como as tendências federalista/ibérica de muitos elementos da classe dominante portuguesa, da qual faziam parte médicos, cirurgiões e farmacêuticos, após a "revolução burguesa" de 1820-1834, influenciou o processo da homeopatia em Portugal.

Neste período, segundo Velloso (2007), Portugal e o Brasil mantinham uma relação estreita no desenvolvimento de acontecimentos culturais, sociais e políticos. Esta relação pode ser vista pelo intercâmbio que existia entre as entidades representantes dos saberes médicos e farmacêuticos em Portugal e as associações homologas no Brasil, designadamente entre a Sociedade Farmacêutica Lusitana e a Sociedade de Ciências Médicas e a Sociedade Farmacêutica Brasileira e o Instituto Farmacêutico do Rio de Janeiro e da Academia Imperial de Medicina. Também no processo de divulgação da homeopatia é possível verificar este dinamismo de mútua influência dos dois países. O

cirurgião português João Vicente Martins juntamente com o homeopata francês Benoit Jules More criaram nos anos de 1840 o Instituto Homeopático do Brasil, que ainda hoje existe e a Escola Homeopática (Velloso, 2007; Pereira et al., 2005). Esta intensa relação entre Portugal e Brasil deve-se em parte aos designados “brasileiros” de retorno de emigração. Muitos foram os portugueses que na década de XIX emigraram para o Brasil à procura de fortuna e posteriormente regressaram a Portugal. O emigrante ao regressar ao país - ainda que muitas vezes apresente determinado conservadorismo social - inovador, veículo de ideias novas torna-se um construtor de modernidade, um promotor de desenvolvimento económico, social e cultural. Foram estes “brasileiros” de retorno que contribuíram para a dinamização económica de Portugal, que incentivaram a imprensa diária e local e se revelaram filantropos e apoiaram não só as instituições tradicionais de assistência como tiveram novas iniciativas e criaram novas instituições nas áreas social, educacional e saúde, tais como a criação de alojamento e ensino para jovens (estabelecimento do Barão de nova Cintra), de novas instituições de saúde (hospital de alienados Conde de Ferreira), ou de escolas primárias pelo país (Alves, 2019).

Joaquim Ferreira dos Santos, quinto filho de um casal de lavradores, caixeiro no Porto, que embarcou para o Brasil por volta de 1800, tornando-se nesse território um negociante bastante abastado e posteriormente um comitente, é um desses “brasileiros”, que retornou a Portugal e se tornou um dos grandes beneméritos do país e no que ao tema em estudo interessa, um patrono da homeopatia. Para a acumulação e consolidação da sua grande fortuna contribuiu o tráfico de escravos que realizou em Africa (Alves, 2019). Em 1832 regressa a Portugal para fugir aos abolicionistas e aos surtos de nativismo, e ainda que inicialmente fosse seu objetivo regressar ao Brasil acaba por ficar em Portugal até à sua morte. Em 1842 participa no golpe de reimplantação da Carta Constitucional que conduziu Costa Cabral ao poder. Esta participação levará a que receba os títulos nobiliárquicos, mas já na qualidade de cidadão português (ato que realizou em declaração à Câmara Municipal do Porto), de Barão em outubro de 1842, de Visconde em junho de 1843 e Conde em agosto de 1850 (Alves, 2019). Conde Ferreira que durante a sua vida foi um adepto da homeopatia, socorrendo-se dos cuidados do médico homeopata António Ferreira Moutinho, quando faleceu em 24 de março de 1866, deixou testamento que para além de beneficiar diversas instituições de caridade e de saúde do Porto e algumas do Brasil, financia o Consultório Homeopático Portuense (dirigido por António Ferreira Moutinho) (Araújo, 2005; Alves, 2016) - deixando “aos diretores do Consultório

Homeopático Portuense 5.000\$000 réis nominais em inscrições, com o encargo de abrirem o consultório á pobreza aos domingos e dias de guarda, consignando-se no averbamento das inscrições esta mesma condição” - e cria uma enfermaria de homeopatia na Santa Casa da Misericórdia do Porto - “legava mais 20 contos à SCMP para esta manter uma enfermaria “que não tenha menos de vinte enfermos permanentes, tratados pela medicina homeopática” (Ribeiro, 1884, cit. por Alves, 2016, p.166). Na sequência da dádiva de Conde Ferreira é criado o serviço de homeopatia no Hospital Geral de Santo António, com enfermaria própria (que dispunha nomeadamente de 80 camas pouco tempo após ter iniciado o serviço) e médicos homeopatas, tendo como primeiro Diretor o Dr. Augusto Carlos Chaves de Oliveira (Carvalho, 2006). Este serviço, no entanto, revelou-se controverso tendo havido opositores que o consideravam inútil. O Prof. Costa Simões no Relatório Reformador publicado em 1882, “propõe reduzir a clinica homeopática” que segundo ele teria sido introduzida em Portugal por importantes negociantes brasileiros “muito ricos de fortuna mas pobríssimos de Ciência Médica” (Carvalho, 2006, p.34). Segundo o Prof. Costa Simões a homeopatia tratava os doentes com “a simples aplicação interna de água destilada e de miolo de pão em pílulas” (Carvalho, 2006, p.34). Na sequência deste relatório o Dr. Chaves de Oliveira e o seu colaborador o Dr. José Luciano Alves Quinrela realizaram um pedido para manter a dimensão do Serviço. Contudo este não seria aceite. Apesar disto o serviço de homeopatia no Hospital Geral de Santo António só foi extinto no fim dos anos cinquenta do século XX, tendo até à sua extinção aberto vários concursos para ingresso de vários profissionais, nomeadamente:

“J. A. *Moreira dos Santos* (9/6/1892 suplente); *Rodrigo António. Teixeira Guimarães* (15/11/1893 extraordinário); *António Augusto Veiga e Sousa*, (3/5/1908 suplente); *Alberto Costa Ramalho Fontes* (14/3/1910)” (Carvalho, 2006, p. 34). Nos anos de 1910 a 1936 “constituíam o quadro médico do serviço os Drs. *Rodrigo Guimarães, Ramalho Fontes e António Maria de Carvalho*. Em 1936, sai o Dr. *Guimarães, passa a Director o Dr. Fontes, a 1º assistente o Dr. António Mª de Carvalho e a 2º assistente o Dr. José Álvaro Sousa Soares*” (Carvalho, 2006, p. 34).

Como podemos constatar em Portugal, a oposição da medicina oficial ou alopática, como era designada pelos homeopatas, à homeopatia representou pelo menos no que se refere a alguns dos médicos oficiais, uma luta pelo reconhecimento da superioridade da medicina alopática. Os homeopatas inicialmente resistiram porque

tinham entre seus defensores e protetores figuras influentes como o já mencionado Conde Ferreira, Manuel da Silva Passos (1805-1862) e o duque de Saldanha (1790-1876), ministros do reino, assim como os escritores e jornalistas Camilo Castelo Branco (1825-1890) e Rebello da Silva (1822-1871) (Pereira et al., 2005; Araújo, 2005). Tal sucedeu também em outros países europeus como a Espanha e Inglaterra em que os próprios monarcas apoiaram e protegeram a homeopatia, e na França em que também Napoleão III apoiou a homeopatia (Pereira et al., 2005).

Passos Manuel, reformador do ensino médico, cirúrgico e farmacêutico português foi um dos adeptos mais fevrosos da homeopatia. Passos Manuel doente desde a juventude que durante anos tinha se socorrido da medicina alopática no fim da sua vida afirmava relativamente aos médicos alopáticos “não [estudavam] nada, não [sabiam] nada e [falavam] de tudo” (Araújo, 2005, p. 155). Passos Manuel, numa época em que a homeopatia em Portugal tentava alcançar reconhecimento oficial organizando para isso petições em defesa da criação de cursos oficiais de homeopatia nas instituições de ensino superior, assim como assinaturas para financiar os jornais homeopáticos, “seria instado a discursar publicamente em prol dos interesses homeopatas (em 1860, no cemitério do Prado do Repouso, no Porto) e a emprestar o seu nome a petições em defesa da acreditação científica/académica do sistema médico criado por Samuel Hahnemann” (Araújo, 2005, p. 156; Pombo, 2010, p.77; Pereira et al., 2005).

O Duque de Saldanha foi outra das figuras ilustres da época que teve grande relevância para a introdução da Homeopatia em Portugal. O Duque de Saldanha para além de ser publicamente um dos mais polémicos e defensores da homeopatia, foi também um dos seus principais patronos. O Duque de Saldanha a partir de 1859 financiou o Consultorio Homeopathico Lisbonense e a Gazeta Homeopathica (Araújo, 2005). O Duque de Saldanha com o apoio financeiro do Rei de Portugal D. Pedro V, publica, em 1858, o livro “O Estado da Medicina” dedicado a D. Pedro V, no qual manifesta o seu grande desagrado com a medicina alopática que segundo ele “se julgava no direito de não tolerar concorrência” apesar de consistir num “mixto informe de ideias inexactas, de observações pueris, de meios illusorios, de formulas tão bisarramente concebidas como fastidiosamente colligidas, não tendo princípios fixos, sendo a sua therapeutica apenas uma colleção de hypotheses imaginadas pelos medicos em todos os tempos” e apela ao Rei a alteração do “o método de tratar as doenças, geralmente seguido pela terapêutica alopática” (Pereira et al., 2005; Araújo, 2005, p. 157; Pombo, 2010, p.49). Esta era, no

entanto, a opinião de muitos outros, pois apesar da medicina alopática ser o sistema de saúde oficial “muitas molestias há cuja cura é duvidosa, e outras em que ela é totalmente ignorada (...) Opinião de reforma da clínica medico cirúrgica oferecida ao soberano congresso nacional por Manoel Joaquim Moreira em 1821” (Oliveira, 1992, p. 112 cit. por Pombo, 2010, p. 40). Constatando-se deste modo que a meio do século as críticas negativas e as dúvidas sobre os saberes da medicina oficial, que ainda não se estabelecera como científica, persistiam. Jacinto Amaral Frazão, em 1843, na obra “Medicina sem Medicina” (p. 34 cit. por Pombo, 2010, p.40) referia: “(...) A Medicina ainda nam é uma sciencia; ainda como tal senam acha feita. Levantando questões do que será afinal, uma mistificação, impostura, empirismo puro, cega rotina, charlatanismo ou pedantismo? Rosseau já tinha dito que os Médicos faziam aos homens mais males do que aquelles, que elles prometiam curar (...)”.

É de salientar também as críticas veladas realizadas aos médicos alopatas pelo Duque de Saldanha no opúsculo ao rei. O Duque de Saldanha refere três críticas principais para se manifestar contra a medicina oficial e enveredar por outros métodos de saúde: as doses de venenos prescritas pelos recém médicos formados, a sua própria experiência pessoal de sucesso com outros métodos de saúde e por último a medicina oficial vivia uma anarquia total, não a considerando uma ciência, mas um conjunto de fórmulas bizarras (Pombo, 2010). O Rei D. Pedro V na sequência da questão levantada pelo Duque de Saldanha, consultou a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e as escolas Médico-cirúrgicas de Porto e Lisboa (Pombo, 2010). A Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra acaba por não dar uma resposta concisa. As Escolas Médico Cirúrgica de Lisboa e Porto não só se opuseram como apelidaram a homeopatia de charlatanismo e afirmaram não existir qualquer utilidade pública em fundar uma enfermaria homeopática no hospital de Santo António (Pombo, 2010). Tal viria a suceder, no entanto, como já foi mencionado. Precedentemente estas instituições de ensino, no entanto, já tinham manifestado algum desagrado com a homeopatia. A Homeopatia, em 23 de dezembro de 1856, já tinha sido rejeitada pela Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, tendo na data levado ao surgimento de diversos folhetos (Pombo, 2010). Na Universidade de Coimbra, no ano de 1852, tinha sido realizado pelo lente de Histologia e Fisiologia Geral, António Augusto Costa Simões, o primeiro estudo científico às capacidades da homeopatia em Portugal, tendo concluído que “fora de que sem “a menor suspeita”, os

“glóbulos de Hahnemann [não produziam] no organismo algum efeito sensível” (Araújo, 2005, p. 164).

O Duque de Saldanha com a obra “O Estado da Medicina” provocou, então, grande polémica divulgada na imprensa literária e médica da época. O médico Bernardino António Gomes, membro da Sociedade Farmacêutica Lusitana e da Sociedade de Ciências Médicas, e Lente jubilado da Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, escreve ao Duque de Saldanha referindo que este “escreveu debaixo da influência das falsas impressões e talvez de algum despeito, que o tornaram injusto, exagerado, apreciador infiel dos factos, e desapiedado até com uma classe sobre a qual já não pesam poucos motivos de desalento.” (Pombo, 2010, p.50). O Duque de Saldanha face a esta resposta publica um novo opúsculo. No ano de 1859 o médico Bernardino publicou “o Marechal Duque de Saldanha e os Médicos breves considerações acerca da Memória sobre o estado da Medicina em 1858” na Gazeta Homeopática Lisbonense e Portuense, assim como na Gazeta Médica de Lisboa, com a finalidade de defender a medicina alopática e contestar o Duque de Saldanha “dos erros, da insensatez e da sua imperdoável ousadia em falar dos médicos do reino com tal desmerecimento” (Pombo, 2010, p. 51). O médico Bernardino assina-la que o Duque de Saldanha atingira toda a classe médica, pondo em causa a credibilidade médica perante o público, e contrapunha dizendo considerar falsas as estatísticas apresentadas pelos homeopatas que não admitiam doenças incuráveis e contestava a afirmação do Duque de Saldanha que referia ter sido curado de várias doenças através da homeopatia (Velloso, 2007). Reconhece, contudo, que os médicos homeopatas eram profissionais mais habilitados relativamente aqueles que praticavam outros sistemas terapêuticos como o Raspail ou a medicina Hygiea. No entanto, refere que a homeopatia tinha como destino a extinção na medida que esta não apresentava resultados com as suas doses diluídas, afirmando que no futuro apenas existiria a medicina que não “admita charlatanismo de qualquer espécie no seu sacerdócio” (Pombo, 2010, p.40). Para além disso também apresenta estudos realizados em hospitais da Europa que denegriam a imagem e credibilidade da homeopatia (Pombo, 2010). O Duque de Saldanha torna a responder ao médico Bernardino com “O Sr. Bernardino António Gomes e o seu folheto” dizendo “Não me passou pela mente discutir as pessoas; discuti a sciencia, os systemas, as cousas. Por mais respeitáveis que possam ser os membros de qualquer corporação, médicos, legistas, militares; por mais importantes que devam reputar-se os serviços que elles prestem, os escritos que publiquem, ou os trabalhos que

empresendam, os homens significam muito pouco diante do complexo dos factos, diante das verdades eternas (...) Os indivíduos morrem e esquecem no dia seguinte; as ideias ficam e a ciencia succede-se aperfeiçoando-se de século a século” (Pombo, 2010, pp.51-52). Esta polémica fez que surgissem apoiantes quer do Duque de Saldanha quer do Dr. Bernardino António Gomes. Entre os apoiantes do Duque de Saldanha temos o Doutor Bernardino Egídio da Silveira, que escreve o opúsculo “Carta de Felicitação a Sua Excelência o Marechal Duque de Saldanha pela sua triunfante réplica ao Dr. Bernardino António Gomes” e o Dr. António Ferreira Moutinho que publicou dois folhetos, o primeiro intitulado “Duas palavras a respeito da obra do Snr. Duque de Saldanha intitulada Estado da Medicina em 1858” e o segundo “A homeopathia perante os factos ou respostas às informações das Escolas Médicocirúrgicas de Lisboa e Porto, acerca do requerimento que o consultório homeopático portuense dirigiu a Sua Magestade El-Rei o Sr. Dom Pedro V, oferecida às Câmaras dos Senhores Deputados da Nação Portuguesa e Dignos de Pares do Reino” (Pombo, 2010).

Na década de 1880 tendo a homeopatia já entrado em declínio (Araújo, 2005; Pereira et al., 2005) será através da sua função complementar à dita medicina oficial que assume na Farmácia Nacional que subsistirá, ainda que não como fenómeno de massas, mas para um número anónimos de adeptos. Este feito foi conseguido devido por um lado os boticários homeopáticos não confrontarem explicitamente a medicina oficial e por outro devido ao seu carácter de medicina dos doentes apoiados nas suas qualidades de “aceio, (...) promptidão, (...) commodidade, (...) segurança e (...) economia”, que a tornavam aptas a um individualismo médico-farmacológico, à auto-suficiência terapêutica” (Araújo, 2005, pp. 164 -165).

Os boticários homeopáticos tendo subjacente o entendimento da homeopatia como “uma medicina dos doentes”, criaram não só farmácias homeopáticas e alopatias e sociedades com médicos homeopatas – tais como a Associação Homeopata 24 de Agosto, a Associação de Socorros Mútuos Homeopata Vítor Hugo, o Montepio Homeopático Ferreira Moutinho, e a Sociedade Humanitária Homeopática – como também as pragmáticas Associação de Socorros Mútuos Homeopata e Alopata de Campo de Ourique ou a Sociedade de Socorros Homeopáticos e Alopáticos, que ao representarem a homeopatia como um sistema médico complementar e não como alternativo ou substituto do sistema médico alopático lhes possibilitou a sobrevivência. Foi deste modo que a homeopatia não desapareceu por completo em Portugal quando as



inovações e descobertas físico-químicas e médico-farmacológicas ocorridas durante o século XIX permitiram que a medicina adquirisse hegemonia social, política e científica e obscurece todos os outros métodos de cura. A homeopatia neste período histórico entra na fase designada por alguns de eclipse reemergindo posteriormente na década 70 do século XX.

## 4.1.2 Naturopatia

### Origem e breve caracterização da Naturopatia

A naturopatia fundada no final do século XIX e início do século XX na Europa e na América do Norte, emergiu de uma fusão de filosofias, técnicas, ciências e princípios que têm as suas origens nos sistemas de cura populares<sup>92</sup>, tradicionais e alternativos, ligados essencialmente ao vitalismo, de diferentes culturas e civilizações dos séculos XVI, XVII, XVIII, XIX E XX , tais como a indiana (Ayurveda), a chinesa (Taoista), a grega (Hipócrates), a alemã (homeopatia, hidroterapia, cura natural), a romana (hidroterapia), a inglesa (medicina botânica), a americana nativa (medicina botânica, orientação espiritual) e a americana (higiene natural, desintoxicação, manipulação da coluna vertebral) (World Health Organization, 2010b; Rodrigues et al, 2017).

A Naturopatia pode ser definida de acordo com a Organização Mundial de Saúde como a abordagem terapêutica que

*“ênfatisa a prevenção, o tratamento e a promoção da saúde ideal por meio do uso de métodos e modalidades terapêuticas que incentivam o processo de autocura - a vis medicatrix naturae. As abordagens filosóficas da naturopatia incluem a prevenção de doenças, o encorajamento das habilidades de cura inerentes ao corpo, o tratamento natural de toda a pessoa, a responsabilidade pessoal pela saúde e a educação dos pacientes em estilos de vida que promovem a saúde. A naturopatia combina o conhecimento secular de terapias naturais com os avanços atuais no entendimento da saúde e dos sistemas humanos. A naturopatia, portanto, pode ser descrita como a prática geral de terapias naturais da saúde”* (World Health Organization, 2010b, p.1).

Segundo a World Naturopathic Federation (Rodrigues et al., 2017) e a Organização Mundial de Saúde a prática da Naturopatia rege-se por sete princípios fundamentais, (a OMS na publicação “Benchmarks for Training in Naturopathy” de 2010, considera apenas os primeiros cinco):

1. "Primeiro não fazer mal - *“Embora uma afirmação aparentemente óbvia que ecoaria por qualquer profissional de saúde, o ditado atribuído ao médico clássico Hipócrates, segundo o qual os médicos "não devem causar danos" a seus pacientes, tem ressonância específica na naturopatia. Como na maioria das profissões da área da saúde, são preferidos métodos de investigação e modalidades terapêuticas que*

---

<sup>92</sup> Neste ponto é necessário fazer a distinção entre sistemas de cura ditos tradicionais e aqueles designados como populares.

*causam menos danos ao paciente. Quando outras abordagens de cuidados de saúde são necessárias devido à doença do paciente, os médicos naturopatas são treinados para reconhecer essa situação e encaminhar os pacientes para aqueles que podem prestar os cuidados necessários” (WHO, 2010b, p. 4);*

2. “Agir em cooperação com o poder curador da natureza (*vis medicatrix naturae*)” – “*Os estóicos da Grécia antiga acreditavam que havia um princípio animador, logos, que agia como uma força vital para ordenar o universo. Se os humanos usassem suas habilidades racionais para harmonizar seu comportamento com essa ordem, eles floresceriam. A naturopatia, adotando essa filosofia estoica, reconhece que o mesmo poder que fez o corpo - ou seja, uma inteligência inata ativa tanto no universo quanto no corpo humano - também curaria o corpo, a menos que impedido de fazê-lo. Ao trabalhar com esse poder curador da natureza - ou seja, trabalhar com a vis medicatrix naturae do paciente - em vez de tentar impor um tratamento sem levar em consideração a capacidade intrínseca da pessoa de curar, o praticante naturopata procura ajudar o corpo, a mente e o espírito do paciente para obter a cura desejada” (WHO, 2010b, pp.4-5).*
3. “Procurar, identificar e tratar a causa fundamental da doença” – “*Para todo problema, há uma causa. Os médicos naturopatas estão mais interessados em procurar, identificar e tratar a causa do que em tratar os sintomas da doença. Eles argumentam que, se o sintoma de uma doença for temporariamente eliminado ou suprimido, mas a causa subjacente for negligenciada, o problema simplesmente retornará, ou poderá piorar nesse ínterim. A causa da doença deve ser identificada e eliminada para que a verdadeira cura ocorra. Isso geralmente requer um exame completo do estilo de vida, dieta e força vital do paciente” (WHO, 2010b, p.5).*
4. “Trate a pessoa inteira usando tratamento individualizado” – “*Os médicos naturopatas trabalham com uma compreensão holística da saúde humana. Eles reconhecem que os seres humanos têm maior probabilidade de experimentar uma saúde ideal quando suas dimensões físicas, psicológicas, espirituais e ambientais são holisticamente integradas. As pessoas que exibem saúde integrada são mais capazes de realizar seus objetivos e realizar seu potencial. É mais provável que estejam em harmonia consigo mesmas, com os outros e com o meio ambiente. Como cada pessoa é diferente, o médico naturopata deve individualizar os tratamentos para atender às necessidades exclusivas de cada paciente” (WHO, 2010b, p.5).*
5. “Ensinar os princípios de vida saudável e cuidados de saúde preventivos” – “*Os médicos naturopatas ensinam os princípios de uma vida saudável e de cuidados de saúde preventivos. Eles ensinam aos pacientes as causas das doenças, para que*

*os pacientes sejam mais capazes de evitar recorrências. Além disso, os pacientes devem estar envolvidos no processo terapêutico para que possam se envolver em sua própria recuperação e aprender a assumir a responsabilidade por sua saúde futura. Foi demonstrado que essa abordagem cooperativa entre o profissional e o paciente capacita o paciente, o que fornece benefícios adicionais. Também é mais provável gerar uma atitude positiva no paciente, que se acredita que melhore as chances de recuperação ideal” (WHO, 2010b, p.5).*

6. “Promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças” – “*atuando como agente promotor de mudança de estilo, modo e condição de vida*” (Rodrigues et al., 2017, pp. 10-11).
7. “Proporcionar bem-estar” – “*independentemente da condição do indivíduo proporcionar bem-estar através da abordagem do profissional e suas técnicas terapêuticas*” (Rodrigues et al., 2017, pp. 10-11).

Na publicação “Benchmarks for Training in Naturopathy” de 2010 da OMS é apresentada a seguinte lista com algumas das modalidades mais comumente usadas na prática naturopática: acupuntura, medicina botânica, aconselhamento, homeopatia, hidroterapia, manipulação óssea naturopática, nutrição e terapias físicas (por exemplo, massagem de tecidos moles, eletroterapia etc.).

A Naturopatia é considerada por alguns como um sistema de saúde ou mesmo uma filosofia, na medida que não apresenta uma única modalidade de cura ou se identifica com uma só abordagem terapêutica mas antes com um diversificado leque de modalidades terapêuticas que dependendo de país para país, vai variando tendo em atenção as especificidades regionais dessas localizações geográficas tais como a cultura, a evolução histórica da naturopatia ou legislação (World Health Organization 2010b; Rodrigues et al., 2017; Murray & Pizzorno, 2012; Smith & Logan, 2002). A própria designação desta terapêutica varia de localização geográfica para localização geográfica, sendo por exemplo na América do Norte denominada como medicina naturopática e no Brasil como naturologia. Para além disso ao analisarmos a diversa bibliografia sobre o tema encontramos algumas inconsistências históricas à volta da origem do termo de “Naturopatia”. Por um lado, temos autores que referem que a designação foi criada por um médico alemão homeopata John Scheel e posteriormente utilizada por Benedict Lust o grande pioneiro da Naturopatia na América que segundo alguns teria comprado este termo (Trevelyan & Booth, 1994; Passos & Rodrigues, 2017; Smith & Logan, 2002;

Jarvis, 2001). Whorton (2002) afirma que em 1901 Benedict Lust denominou a sua abordagem de cura de “naturopatia” apesar de não se saber como ele criou o novo nome, existindo vários relatos. Por outro lado, outros afirmam que o termo "Naturheilkunde" (naturopatia) teve origem na Alemanha, tendo sido o nome dado ao movimento hidropático romântico do século XVIII e utilizado para designar esta terapêutica por J. H. Rausse, também conhecido por Heinrich F. Francke (1805-1848) (Beer et al., 2013). Posteriormente em 1849 o conceito de naturopatia é ampliado pelo médico Lorenz Gleich (1798-1865) um representante da hidropatia e naturopatia (Beer et al., 2013, p. 2).

Vários foram os pioneiros da Naturopatia na Europa e na América do Norte. As técnicas de hidroterapia de Vincent Priessnitz (1799-1851) e do padre Sebastian Kneipp (1821-1897), os métodos de cura natural do naturopata alemão Dr. Louis Kuhne (1823-1907), os regimes naturais do curandeiro natural suíço Arnold Rikli (13 de fevereiro de 1823 - 30 de abril de 1906), assim como a própria homeopatia de Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843) são alguns exemplos ocorridos na Europa que tiveram influência na fundação da Naturopatia (World Health Organization, 2010b).

O vegetariano John Harvey Kellogg (1852-1943), Samuel Thomson (1769-1843) fundador do método alternativo "Thomsonian", o Dr. Wooster Beach (1794-1868) da escola eclética de medicina, que aplicava medicamentos botânicos, o Dr. Andrew Taylor Still (1828-1917) que desenvolveu a osteopatia, Daniel David Palmer (1845-1913) fundador da quiropraxia, (World Health Organization 2010b) e o já mencionado Benedict Lust, um americano nascido na Alemanha que é considerado por muitos o grande impulsionador da Naturopatia na América do Norte, são alguns dos pioneiros da Naturopatia ou fundadores de métodos ou teorias de cura, da América do Norte que influenciaram a Naturopatia.

Vincent Priessnitz (1799-1851), um agricultor de Graefenberg, da antiga Silésia Austríaca, pouco letrado, ao se curar a si próprio com ataduras molhadas e o fluxo de água fria descobriu os poderes da cura da água (Czeranko, 2019; Rastogi, 2012; Nolte, 2001). O sucesso terapêutico do agricultor se espalhou e os vizinhos e parentes procuraram os serviços de Priessnitz (Nolte, 2001). Em 1826, Priessnitz abriu um estabelecimento de tratamento de água conhecido como “Universidade da Água”, tendo este chegado a ter mil e seiscentos pacientes (Nolte, 2001). As curas realizadas em Gräefenberg por Priessnitz tornaram-se motivo de interesse mundial. Graefenberg passou a ser visitado não só por compatriotas, mas também visitantes de países vizinhos, pessoas

de todas as classes sociais procuravam os serviços de Priessnitz, designadamente príncipes e princesas, condes e barões, militares, médicos e professores (Nolte, 2001). Os seus métodos de cura foram escritos por médicos ou indivíduos letrados que o procuraram e quiseram aprender com ele a nova terapêutica (Nolte, 2001; Czeranko, 2019).

O padre alemão Sebastian Kneipp (1821-1897), nascido na Baviera que estudou medicina enquanto se preparava para o sacerdócio, teve tuberculose quando jovem, tendo, no entanto, ficado curado, numa época em que esta doença não tinha cura, graças à descoberta da cura com água fria descrita no livro escrito por Dr. Johann Siegmund Hahn, que o orientou a autoadministrar terapias aquáticas e tratar e curar a sua própria doença (Nolte, 2001; Czeranko, 2019). Kneipp desenvolveu as técnicas de tratamento de Priessnitz, tendo introduzido um estímulo mais curto à água fria com o objetivo de melhorar a circulação sanguínea (Nolte, 2001; Czeranko, 2019; Beer et al., 2013). Para além disso Kneipp combinou a sua terapia de água com fitoterapia. O método terapêutico de Kneipp ficou conhecido como a "cura do Kneipp" (Nolte, 2001). Kneipp escreveu vários livros que se tornaram best-sellers sobre o uso de tratamentos de água fria, o autotratamento e estilo de vida saudável. O seu primeiro livro intitulado "My Water Cure" foi traduzido em 1904 em 52 idiomas (Nolte, 2001; Czeranko, 2019). Em 1891, ele fundou a organização Kneipp Bund que promove a cura através da água e existe até à data de hoje <sup>93</sup>.

Louis Kuhne, um dos grandes contribuidores para a filosofia e o conhecimento da Naturopatia, também ele tendo por base a própria experiência da doença, faz descobertas que o levam a escrever dois livros que orientariam gerações de naturopatas mundialmente no início do século XX: *The New Science of Healing* (1891) e *Science of Facial Expression* (Czeranko, 2019, p. 47).

Arnold Rikli um curandeiro suíço, acreditando que a enfermidade de qualquer órgão no organismo humano provoca o seu enfraquecimento e que o tratamento deve consistir em atuar no sistema arterial e nervoso de forma a aumentar a capacidade imunológica do corpo, estabeleceu um método de cura natural com base nos efeitos da luz, do ar e da água no corpo humano. Rikli criou um resort de saúde natural em Bled, na Eslovénia, designado de "Instituição de cura natural" que administrou (Zupanic-Slavec, 1998). Contudo o método de cura de Rikli foi motivo de forte oposição pela classe médica

---

<sup>93</sup> <https://www.kneippbund.de/>

que o considerava um charlatão, tendo inclusive no âmbito dessas acusações tido alguns processos judiciais.

No outro lado do atlântico, na América do Norte um dos grandes impulsionadores da Naturopatia foi Benedict Lust. Benedict Lust de origem alemã imigrou para os Estados Unidos em 1892 onde contraiu tuberculose. Na sequência disso regressa à Alemanha e se torna discípulo do padre Sebastian Kneipp. Lust, em 1896, após ficar curado através dos métodos de "cura do Kneipp" regressa aos Estados Unidos e se dedica a praticar e divulgar não só os métodos de "cura de Kneipp" mas também outras terapias e métodos de cura alternativos tais como a dieta, o exercício, os banhos de sol e outras opções sem drogas como a osteopatia e a quiropraxia, que tinham subjacentes a filosofia do poder de cura da natureza (*vis medicatrix naturae*) (Whorton, 2002; Passos & Rodrigues, 2017). Na década de 1900 Benedict Lust estabelece a naturopatia, ou seja, utiliza o termo Naturopatia para designar esta nova abordagem terapêutica que tem subjacente um conjunto de práticas e terapêuticas que têm como fundamento a filosofia do poder de cura da natureza (World Health Organization, 2010; Whorton, 2002; Passos & Rodrigues, 2017). Lust lutou pela regulamentação da Naturopatia e o licenciamento da profissão de naturopata, dando um grande contributo para a criação da profissão "Naturopata": participou em diversas conferências e palestras e escreveu vários artigos no jornal *The Naturopath and Herald of Health*<sup>94</sup>, no qual era editor e proprietário; fundou a primeira instituição educacional de Naturopatia a "American School of Naturopathy", que qualificou muitos dos profissionais que integraram a Naturopathic Society of America fundada também por ele na cidade de Nova York em 1902 e renomeada como American Naturopathic Association (ANA<sup>95</sup>) em 1919 (Whorton, 2002; Passos & Rodrigues, 2017; Trevelyan & Booth, 1994; Beyerstein, 2004); e abriu uma "loja de saúde" em Nova York com produtos naturais e artigos de saúde. Nas décadas de 1920 e 1930 a Naturopatia sofreu um rápido crescimento. A prática de Naturopatia foi licenciada em 25 estados dos Estados Unidos (Beyerstein, 2004). Na década de 1940 com a decisão da Associação Médica Americana de limitar a licença aos graduados aceitáveis pelo Conselho de Educação Médica, o número de naturopatas diminuiu e a naturopatia começou a declinar (Beyerstein, 2004).

---

<sup>94</sup> <https://www.flickr.com/photos/nursingpins/3880108305>

<sup>95</sup> A ANA segundo Beyerstein (2004) congregava não apenas os naturopatas mas "qualquer curandeiro que rejeitasse os princípios do então emergente campo da biomedicina científica". O artigo de Beyerstein (2004) está disponível em: <https://quackwatch.org/naturopathy/general/beyerstein/>

Em 1945, após a morte de Lust a ANA se decompôs em seis organizações diferentes (Baer, 2001b, p. 332; Beyerstein, 2004).

Após a morte de Lust a Naturopatia passou por um período de declínio que se deveu em grande parte à ascensão da biomedicina e ao início das “drogas milagrosas”. Nos Estados Unidos este declínio deveu-se também ao denominado Relatório Flexner de 1910 (Baer, 2001b; Whorton, 2002; Passos & Rodrigues, 2017). O Relatório Flexner foi a designação dada ao estudo publicado em 1910 “Medical Education in the United States and Canada A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching” sobre as escolas da medicina ortodoxa e das medicinas alternativas (homeopatia, osteopatia, etc.), conduzido pelo respeitado educador de Kentucky Abraham Flexner (Whorton, 2002; Pagliosa & Da Ros, 2008). Flexner criticou o sistema educacional americano de uma forma exacerbada, considerando a maioria das escolas médicas dos EUA e Canadá inadequadas (Pagliosa & Da Ros, 2008). No que se refere às escolas das medicinas alternativas considerou algumas dessas escolas não só inadequadas como “seitas médicas” referindo “Eles são charlatões inescrupulosos, cujos anúncios impressos são tecidos de exagero, fingimento e deturpação do carácter mercenário mais inquestionável” (Whorton, 2002, p. 227).

Os motivos que levaram ao designado eclipse das medicinas alternativas e complementares serão posteriormente analisados, sublinha-se, no entanto, que o Relatório Flexner teve repercussões não só no sistema de ensino médico dos Estados Unidos da América mas também a nível mundial (Pagliosa & Da Ros, 2008).

### **História da Naturopatia em Portugal**

O termo “naturologia”, existente desde o século XIX, criado nos países europeus de línguas ítalo-dálmata e ibero-românticas para designar um movimento que questionava a industrialização crescente da medicina, oposto à dureza da racionalidade iluminista, com fortes elementos espiritualistas, nomeadamente no que se refere ao nosso país ferventemente católico na época, a elementos esotéricos associados aos valores e condutas da moral católica, foi o termo aplicado em Portugal para designar a abordagem de terapias alternativas como a homeopatia, dietas, a hidroterapia, plantas medicinais, ginástica, massagem e banhos de sol (Castro, 1986; Correia, 1950 cit. por Stern, 2017, p. 134).



Ao analisarmos as seguintes definições ora do termo Naturopatia ora do termo de Naturologia, que em Portugal é substituído pelo de Naturalogia<sup>96</sup>, constatamos que estas apresentam características bastantes semelhantes, levando a que autores como Ceratti (2018) e Silva (2012) refiram que se trata do mesmo objeto, apesar de se verificarem, no entanto, algumas diferenças entre si:

*“A Naturologia é mais do que uma profissão é mais do que uma ciência trata-se de um estilo de vida, uma filosofia. O naturólogo deve vivenciar aquilo que prega, ele tem que acreditar em tudo o que aprendeu para conseguir passar os ensinamentos e realizar com sucesso sua consulta”* (Varella & Corrêa, 2005, p. 25 cit. por Silva, 2008, p.2)

*“A medicina naturopática é a combinação de métodos de cura tradicionais e práticas holísticas em prol da prevenção proactiva, de diagnósticos e tratamento abrangente”* (Definição da Associação Americana de Naturopatia cit. por Silva, 2012, p.46)

*“A Naturologia repousa sobre bases científicas de divulgação internacional, ela faz parte do sistema de saúde de um grande número de países europeus. É uma medicina de terreno por excelência, que avalia a recetividade às doenças, através de uma abordagem psicofisiológica e energética do indivíduo. É também a verdadeira medicina das funções, agindo sobre nossos “termostatos biológicos”, de uma maneira sistêmica (não sistêmica), por meios naturais, fisiológicos e financeiramente realistas”* (Duriaux, 2007, p.1 cit. por Silva, 2008, p. 3)

Naturologia como *“Espécie de culto prático da vida por um sistema de biocultura natural, que pretende alcançar o fim de regenerar o indivíduo, sujeitando-o às leis da Natureza, embora com respeito às leis da sociedade e assimilação das aquisições úteis da Civilização, empregando os agentes físicos naturais, como ginástica, maçagem [sic.], banhos de ar, água, sol, vapor, etc., alimentação racional, tanto quanto possível vegetariana, e uma reforma de conduta moral e mental de harmonia [...]”* (Correia, 1950, pp. 460 - 461).

A Naturopatia *“ênfatiza a prevenção, o tratamento e a promoção da saúde ideal por meio do uso de métodos e modalidades terapêuticas que incentivam o processo de autocura - a vis medicatrix naturae. As abordagens filosóficas da naturopatia incluem a*

---

<sup>96</sup> O autor Stern (2017) no seu livro “A Naturologia no Brasil: Histórico, contexto, perfil e definições” não faz qualquer distinção entre os termos Naturologia e Naturalogia, aplicando o termo de Naturologia como nomenclatura em todo o livro, nomeadamente ao referir a Sociedade Portuguesa de Naturalogia transcreve antes Sociedade Portuguesa de Naturologia.

*prevenção de doenças, o encorajamento das habilidades de cura inerentes ao corpo, o tratamento natural de toda a pessoa, a responsabilidade pessoal pela saúde e a educação dos pacientes em estilos de vida que promovem a saúde. A naturopatia combina o conhecimento secular de terapias naturais com os avanços atuais no entendimento da saúde e dos sistemas humanos. A naturopatia, portanto, pode ser descrita como a prática geral de terapias naturais da saúde” (WHO, 2010a, p.1).*

A naturologia na década de 1910 já se encontrava bastante difundida por Lisboa, Coimbra, Braga e Porto tendo levado à fundação da Sociedade Portuguesa de Naturalogia em 1912 (Silva, 2012). A Sociedade Portuguesa de Naturalogia (SPN) foi fundada em treze de outubro de mil novecentos e doze, com a denominação inicial de Sociedade Naturista Portuguesa<sup>97</sup>.

Na sequência da situação socio política vivida no país já anteriormente descrita, que levou à emigração da classe intelectual do país e a um intercâmbio cultural surge, mais tarde, o termo Naturopatia que passou a estar associado à naturologia e era entendido como se “fosse a parte aplicada da naturologia” (Correia (1950, p. 461 cit. por Stern, 2017, p.135). É de salientar que esta definição de Naturopatia se mantém até à data atual como é possível verificar no site SPN que nos seus estatutos, para além de apresentar o termo Naturalogia como sinónimo de Naturismo, ao defini-lo, ainda que tacitamente como “o ideal aproveitamento dos bens da natureza, da observância das leis do equilíbrio ecológico e da sã profilaxia e cura da doença pelos princípios da Naturopatia e outras terapêuticas não convencionais, incluindo uma alimentação sem sacrifício da vida animal”, reitera esse conceito e revela que esta seria uma prática terapêutica da Naturalogia entre outras também usadas por esta doutrina.

Correia (1950, p. 461 cit. por Stern, 2017, p. 135) revela que os termos Naturalogia e Naturopatia, passaram a coexistir no nosso país desde a década de 1940, sendo a naturopatia definida como “tratamentos por processos naturais, fundados nas doutrinas da naturologia”. Para além dessa terminologia na nossa pesquisa bibliográfica foi nos dado constatar que desde muito cedo e talvez até aos dias atuais os termos mais utilizados para designar esta prática terapêutica foram naturista, naturismo<sup>98</sup> e natural sendo, no

---

<sup>97</sup> <http://www.spnaturalogia.pt/wp/pt/a-spn/estatutos/>

<sup>98</sup> As modalidades terapêuticas associadas ao Naturismo segundo Amílcar de Sousa são hidroterapia (terapêutica relacionada com a água), a helioterapia (relacionada com a luz do sol), a geoterapia (associada à terra) a que Reis (2019) acrescenta a aeroterapia, (relacionada com as curas do ar da montanha) e a talassoterapia (cura com a água do mar)

entanto, necessário realizar uma investigação mais aprofundada sobre esta temática para definir epistemologicamente estas designações. Isto porque constatamos que a terminologia utilizada em Portugal para designar estas práticas terapêuticas nos dias atuais apresenta-se como uma panaceia complexa. Por exemplo num artigo de Ventura et al. (2016, pp. 6-10), intitulado “Raízes Enquadramento e Características da Fitoterapia Natural”, são aplicadas as seguintes afirmações:

“Não é por acaso que foi no século XIX que as medicinas naturais -i.e. a Naturopatia...”  
“...Naturismo (até há poucas dezenas de anos, este termo era por vezes utilizado como sinónimo de saúde natural, nota dos Autores)”.

Podemos concluir através do exposto que a terminologia é diversa e imprecisa no nosso país no que se refere à naturopatia. Para além disso é importante sublinhar que a própria definição de Naturopatia, como foi possível verificar nas definições apresentadas se revela complexa e imprecisa. O conceito apresentado por Ventura et al. (2016) no artigo já mencionado revela isso mesmo. Estes autores nesse artigo fazendo alusão a livro escrito por Fred Vasques Homem referem que a Naturopatia apresenta uma “plasticidade” (utilizando designadamente este adjetivo) na medida que “sempre foi agregando técnicas, recursos e materiais que lhe sirvam para cumprir os seus fins...”, descrevendo tal como Fred Vasques Homem, “a talassoterapia (tratamento pela água do mar), a atmosfera (respiração, “banhos de ar”, marchas), a helioterapia (banhos de sol), a hidroterapia (água), a ginástica, a massagem, a psicoterapia, a meditação e a alimentação”, e no seio desta a macrobiótica como recursos da Naturopatia (Ventura et al., 2016, p.10).

Para além disso transcrevem o seguinte extrato de texto do livro de Fred Vasques Homem

*“(...) os meios naturais podem influenciar o terreno, dar defesa natural às células, para que o organismo elimine, por força própria, a enfermidade, mate os micróbios e garanta ainda a integridade dos tecidos, aumentando deste modo a resistência e a imunidade geral do organismo. Este, beneficiado por um tratamento geral, inofensivo e natural, fica prevenido, ao mesmo tempo, contra doenças futuras...e...o Naturismo (até há poucas dezenas de anos, este termo era por vezes utilizado como sinónimo de saúde natural, nota dos Autores) procura garantir uma existência simples, sã e natural, fazendo tudo para que o organismo não adoça e a vida seja feliz e prolongada. Para este fim, recorramos apenas aos meios preventivos, banindo tudo o que possa prejudicar e intoxicar. (...) A Naturopatia cura porque instiga a força curadora do doente, distinguindo-se assim da*

*alopatia, que tende a substituir por remédios a “vis medicatrix” da Natureza” (Homem 1979)” (Ventura et al., 2016, p. 10)*

Podemos então concluir que o conceito e terminologia de “Naturopatia” se apresentam imprecisos, sendo o seu conceito variável conforme o país ou região geográfica e a entidade que o define, e a sua terminologia usada por vezes de forma indistinta com outras designações tais como naturalogia, naturologia, naturismo ou medicina natural. Neste estudo e de acordo com a legislação em vigor no nosso país, nós utilizaremos a nomenclatura Naturopatia.

A Naturopatia em Portugal tem a sua origem no século XIX (isto se considerarmos os praticantes de hidroterapia, modalidade terapêutica da naturopatia, naturopatas) como é possível observar no livro “Estado da Medicina em 1858” do Marechal Duque de Saldanha em que são apresentados, segundo o autor, os sistemas terapêuticos praticados em Portugal no ano de 1858, constando a homeopatia e a hidroterapia como dois deles. Nós consideramos deste modo que apesar de na época, a prática da hidroterapia não ser associada à designação de Naturopatia, e segundo Ventura (2018) ser exercida apenas por médicos durante o século XIX, esta não deixa de ser uma referência história à prática da Naturopatia no nosso país.

Segundo o Duque de Saldanha existiam vários estabelecimentos de água no nosso país nessa época: “(...) entre nós contamos por muito tempo um só em Cintra, e hoje mais dois, um no hospital militar da Estrela e outro no hospital dos alienados de Rilhafolles” (Saldanha, 1858, p. 100). O Duque de Saldanha para demonstrar a existência da prática da hidroterapia no nosso país refere que em 1806 foi editado em Lisboa o livro “Methodo de Curar o Typho” que relatava o tratamento das febres através da água fria (Saldanha, 1858, p. 100). Para além desta fonte documental comprovativa da existência da prática terapêutica da Naturopatia no nosso país no século XIX, existem outras fontes documentais, que se encontram no catálogo-roteiro da mostra “Saúde Natural em Portugal: séculos XIX – XXI”, nomeadamente o livro “O novo sistema de curar de L. Kuhne” do alemão Louis Kuhne (1835-1901) que para além dos tratamentos de hidroterapia, integrava nos seus métodos terapêuticos a alimentação natural e o estilo de vida (Ventura, 2018).

Apesar do Duque de Saldanha reconhecer à hidroterapia grande importância terapêutica este sistema terapêutico era visto por muitos na época com alguma ironia e desdém:

*“(...) A Hydroterapia ostentava-se ahi por vislumbres dispersos, manejada por mãos de homens doutorados; retirou-se um dia, a um canto da bella Cintra, e alli viveu vida enfesada e ephemera, até que se eclipsou similhante ao cometa no seu trajecto, restando della apenas escassas recordações de alguns poucos que ainda, no verão seguem a moda das bellas sensações da reacção vital (...)”* (Sines, 1859, p. 4 cit. por Pombo, 2010, p.44).

Apesar das críticas a hidroterapia continuou a ser praticada no nosso país, existindo na primeira parte do século XX acérrimos praticantes em Portugal. Na primeira parte do século XX encontramos vários praticantes médicos e não médicos desta modalidade terapêutica aos quais iremos fazer referência, pelo menos de alguns, tendo em atenção aqueles que são descritos na bibliografia como naturopatas e não simplesmente como naturistas.

O ilustre Manuel António Gomes, mais conhecido como “Padre Himalaya” , – medalha de ouro na exposição universal de St. Louis de 1904 com a sua máquina de captação de energia solar, nascido em dezembro de 1868 em Cendufe, no norte de Portugal, oriundo de uma família com poucos recursos económicos, sacerdote apesar de seu estilo de vida muito controverso e visões pouco ortodoxas da Igreja e de seus dogmas (Madeira, 2016; Ventura, 2018) - foi segundo Ventura (2018) o primeiro naturopata não médico a exercer em Portugal. O Padre Himalaya era um cientista autodidata, sem um treinamento científico (académico) adequado que ao longo da vida tentou compensá-lo com viagens, principalmente para a França, mas também para muitos outros países europeus relevantes em termos científicos, como a Alemanha onde aprendeu o uso da Hidroterapia, modalidade terapêutica desenvolvida pelos alemães Kneipp e Kuhne (Pereira, 2017; Madeira, 2016; Ventura , 2018).

João Bentes Castel Branco (1850-1940) - nascido em Lagoa com formação em medicina convencional, personalidade controversa na sua época que teve papel histórico importante na edificação das Caldas de Monchique, - em 1889 viaja até Alemanha onde se torna discípulo do padre católico Sebastian Kneipp (1821-1897) conhecido pelos seus métodos inovadores na hidroterapia e pelo conceito de cura saudável através dos

elementos naturais (Mendes et al., 2013; Pinto, 2014). Castel Branco após auto experimentar o método do hidroterapeuta Kneipp, do qual afirma “só me entusiasmei pelo método Kneipp depois de me ter curado por ele de uma bronquite antiquíssima e muito incómoda, de uma erupção purpúrea [sic] que então sofria na pele, faringite crónica e da dilatação do ventre que então sofria” (Reis, 2019, p. 40), e perante o sentimento de decepção que sente relativamente aos resultados da medicina convencional, da qual refere “Quando saí da escola cheio de crença nos livros tive de sofrer muitas desilusões; porque os medicamentos não me davam os resultados que deles esperava ...!” (Reis, 2019, p.41), numa fase posterior da sua carreira médica “centra a sua ação profilática e a sua filosofia terapêutica na ação salutar e tonificante do uso do elemento – ou, na sua expressão, do “agente natural” – da água” (Reis, 2019 p. 44). Castel Branco elabora, então, uma doutrina naturista composta por duas abordagens:

a médica-terapêutica – opondo-se à “ciência farmacológica” assenta “no princípio de que a terapêutica “não deve ser senão a aplicação rigorosa das leis que regem a higiene ou seja conservação do indivíduo em todas as condições de existência”, o que implica que o médico “tem de se limitar a obedecer à natureza, buscando servi-la fielmente para a dominar” (Reis, 2019, p.7);

a pedagógica social – “fundando-se na correlação entre leis biológicas e normas de ação cultural, a “biocultura humana”, terá como âmbito de aplicação prioritário a reorganização do sistema de educação da “mocidade” e, como fim último, a reorganização estrutural da sociedade” (Reis, 2019, p.7).

João Bentes Castel-Branco escreveu vários textos - alguns deles publicados no periódico “O Vegetariano”<sup>99</sup> no qual assumiu a codireção, com Amílcar de Sousa, de janeiro de 1927 a dezembro de 1935, - de carácter informativo sobre o método da hidroterapia ou orientação pedagógica, como os artigos intitulados “Maravilhas da Cura pela Água” e “Maravilhas da Hidroterapia”, e de nível doutrinário que por vezes se revelaram ideologicamente problemáticos e polémicos como o titulado “Aperfeiçoamento da Raça Portuguesa “ de teor eugenista (Reis, 2019).

No que se refere ao exercício profissional de Castel Branco há que destacar o papel que teve no estabelecimento termal das Caldas de Monchique no qual tentou adotar o método terapêutico de Sebastian Kneipp. O estabelecimento termal foi lhe adjudicado em

---

<sup>99</sup> Periódico que começou a ser publicado no Porto em novembro de 1909

novembro de 1894 pelo período de 75 anos, tendo, no entanto, sido decretada rescisão em 1921, antes do período previsto, devido entre outros motivos à fraca liquidez do estabelecimento que o impediu de realizar a obra previamente prevista e ao facto de Castel Branco residir em Lisboa e delegar a gerência permanente das termas das Caldas de Monchique (Mendes et al., 2013).

O médico italiano Indiveri Colucci, da escola naturopática americana imigrou para Portugal em 1921, tendo vindo a falecer no nosso país com 108 anos de idade (Ventura, 2018; Reis, 2019). Também Indiveri Colucci colaborou com o periódico “O Vegetariano” tendo publicado vários artigos sobre a ciência magnética ou o Magnetismo Curativo”. Estes artigos impregnados de exuberante esoterismo tentam exaustivamente e controversamente fundamentar cientificamente a sua abordagem terapêutica. Colucci como refere Reis (2019, pp. 65 e 68): “Versado no estudo da controversa potencialidade do magnetismo humano, muitas vezes exautorado pelo seu potencial charlatanismo...” afirma que o magnetismo é uma

*“verdade cientificamente provada”, passível de ser subjetivamente observada não apenas pelos dotados, os “sensitivos”, mas, objetivamente pelas “magnetografias” ou “efluviografias”(…) Colucci reconhece que a sua indisputável ação subliminar nas funções do corpo físico se presta a ser convertida nas e assimilada pelas noções esotéricas de “corpo astral pelos ocultistas contemporâneos” e “per-espírito pelos espiritas”, mas também pelas noções fisiológicas “de princípio vital por Barthez, eletricidade animal por Peletin, força nêurica radiante por Berty, nervismo por Luce” e ainda pelas noções de fluido nervoso “por alguns fisiólogos contemporâneos e fluido magnético pelos magnetizadores.”(… ) para Colucci a evidência empírica e a comprovação, segundo ele, científica de um agente subtil universal que se manifesta e permeia todos os vivos, e em particular o ser humano, serve de princípio de explicação à cura de maleitas feita pela benevolente e dadivosa intervenção de seres excepcionais ou simplesmente empenhados pela vontade compassiva de restabelecerem a saúde dos seus semelhantes. Essa força, princípio, espírito, fluido, etc., é por ele caracterizado como um composto “agente magnético”, constituído pela “união de numerosas e diferentes radiações, todas elas com peculiares efeitos como as inumeráveis irradiações que compõem a luz branca”. (...) Para Colucci, teria sido a motivação compassiva da manipulação e aplicação desse agente ou fluido magnético que explicaria as curas milagrosas operadas por Cristo.”*

Apesar da intervenção deste terapeuta ter subjacente teorias impregnadas de esoterismo, sem qualquer evidência científica, segundo Ventura (2018) Indiveri Colucci foi o naturopata que mais influência teve provavelmente no nosso país. No seu instituto, em Paços de Arcos, intitulado com o seu nome tinha um grande número de pacientes portugueses e estrangeiros, tendo inclusive sido enaltecido pelos franceses (Ventura,

2018). O periódico “O Vegetariano” de maio-junho de 1927 relata o almoço realizado em sua homenagem: “... a Notícia enviada à Imprensa Diária pelo representante do Diário de Notícias que assistiu ao Almoço Vegetariano realizado no Grande Hotel de Inglaterra, em Lisboa” refere “o ambiente de reconhecimento e gratidão solene” e de admiração “...às suas excepcionais capacidades curativas” em que decorreu esse tributo ao médico Indiveri Colucci” e publicita “a lista nominal dos convivas – seus pacientes de destacada extração social e profissional – que nele participaram” (Reis, 2019, p. 60).

José Lyon de Castro (1900 – 1989) foi outro pioneiro da naturopatia em Portugal que exerceu a naturopatia num consultório em Campo de Ourique e escreveu várias obras, designadamente “Naturopatia: a saúde integral do indivíduo e da sociedade”, que foram publicadas pela editora fundada pelo seu irmão, Francisco Lyon de Castro (Ventura, 2018). Lyon de Castro foi um grande defensor da terminologia “Naturopatia” tendo contribuído para a alteração do nome da Sociedade Naturista Portuguesa para o de Sociedade Portuguesa de Naturopatia (Ventura, 2018).

Com a instauração do regime do Estado Novo no ano de 1933 as medicinas alternativas e complementares sofreram um «severo recuo» ou o que é designado por alguns autores um eclipse, apesar da sobrevivência do movimento associativista e da publicação de alguns periódicos como a “Nature” ou a “Vida Naturista” (Stern, 2017; Ventura, 2018). Posteriormente este tema será, contudo, aprofundado.



### 4.1.3 Fitoterapia

#### Origem e breve caracterização da Fitoterapia

A fitoterapia que consiste no uso de plantas na prevenção da saúde e no tratamento de doenças (Ventura et al., 2016), apresenta várias terminologias. Fitoterapia é o termo utilizado principalmente na Europa. Nos EUA a designação utilizada é “medical herbalism” e “herbology” (Wohlmuth, 2003).

Capasso et al. (2006, p.3) definem a fitoterapia como “a ciência que lida com o tratamento e prevenção de doenças humanas por meio de plantas medicinais (ou fitoterápicos) e produtos fitoterápicos. Estuda as habilidades de cura de plantas ou medicamentos fitoterápicos, as indicações gerais, as contra-indicações relativas, a posologia e as vias de administração apropriadas”.

Também Dog (1999, p.356) define fitoterapia, como uma ciência, designadamente: “Fitoterapia, é a ciência, arte e exploração do uso de remédios botânicos para tratar doenças”.

Estas duas definições, nomeadamente a apresentada por Capasso et al. (2006) e por Dog (1999), não definem a fitoterapia como um sistema médico ou como refere Luz uma racionalidade médica. Segundo Nascimento et al. (2013, p.3597) apenas pode ser denominado como uma racionalidade médica

*“ um sistema médico complexo estruturado segundo as dimensões de **Morfologia humana** que define a estrutura e a forma de organização do corpo, de **Dinâmica vital humana** que define o movimento da vitalidade, seu equilíbrio ou desequilíbrio no corpo, suas origens ou causas, de **Doutrina médica** que define, em cada sistema, o que é o processo saúde-doença, o que é a doença ou adoecimento, em suas origens ou causas, o que é passível de tratar ou curar, de **Sistema de diagnose**, pelo qual se determina se há ou não um processo mórbido, sua natureza, fase e evolução provável, origem ou causa, de **Sistema terapêutico**, pelo qual se determinam as formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido (ou doença) e de **Sistema de cosmologia** que está relacionado com as raízes filosóficas das racionalidades médicas”.*

O conceito de fitoterapia apresentado tanto por Capasso et al. (2006) como por Dog (1999) não integra estas seis dimensões. A fitoterapia, tendo em atenção o conceito de racionalidade médica de Nascimento et al. (2013, p.3597) não é deste modo um sistema médico. A discussão relativa à definição da fitoterapia como sistema médico não será

realizada neste estudo, apenas interessa compreender que para muitos praticantes das MAC e investigadores a fitoterapia não é um sistema médico. No entanto, independente disso a fitoterapia, termo criado pelo médico francês Henri Leclerc (1870-1955), que publicou vários ensaios sobre a aplicação terapêutica das plantas na revista francesa *La Presse Médicale*, tem origens muito antigas, existindo indícios do uso de plantas como remédios nas civilizações egípcias, judias e fenícias por volta de 3000-2000 anos a.C. e entre os povos asiáticos (em particular os chineses) 8000-4000 anos a.C (Kayne, 2009; Dog 1999; Capasso et al., 2006). Exemplos disso é o livro titulado “*Pen Tsao*”, que lista mais de 360 espécies de ervas, de Shen Nong, também chamado Imperador Amarelo, os textos védicos samhita de Charaka e Suhruta, o Vâgbhata sobre a medicina ayurvédica na qual as plantas alimentares são consideradas medicinais e o papiro conhecido como Papiro de Ebers do Egito que continha a descrição do uso de plantas medicinais e de procedimentos médicos, registrando por volta de 700 substâncias medicamentosas (Wohlmuth, 2003; Saad et al., 2016).

Hipócrates (466 a 377 a.C) considerado o pai da medicina fundou a medicina racional naturalista ao romper com o conceito vigente que relacionava o adoecimento e a cura com as forças sobrenaturais. Na obra *Corpus Hippocraticum*, compilação de tratados médicos, elaborada no século 3 a.C. para a biblioteca de Alexandria, na qual constam algumas obras da autoria de Hipócrates sobre a doutrina do sistema humoral, são citadas 257 drogas vegetais (Saad et al., 2016; Wohlmuth, 2003).

A fitoterapia ocidental é resultado de várias tradições. Segundo Wohlmuth (2003) a fitoterapia antes de 1900 sofreu influência da medicina árabe, da medicina nativa norte-americana, das tradições tomsonianas, fisiomédicas e ecléticas, da tradição greco-romana (Dioscorides, Galen), da tradição britânica (Culpeper) e da tradição da Europa Continental e após 1900 foi influenciada não só pelos grandes sistemas terapêuticos Medicina Chinesa Tradicional e Ayurveda como também pela própria ciência e biomedicina, sendo deste modo resultado de todas estas tradições e filosofias.

O médico suíço-alemão Philippus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), conhecido como Paracelso, é considerado como tendo sido o primeiro a procurar “princípios ativos” nas plantas (Saad et al., 2016; Wohlmuth, 2003). Paracelso descobriu que a planta medicinal tem um componente terapeuticamente ativo, que pode ser extraído por processo químico, e que o processo utilizado para isso era a destilação (Saad et al., 2016). As descobertas de Paracelso apenas foram fundamentadas

cientificamente no início do século XIX, quando os componentes ativos das plantas medicinais foram conhecidos e isolados (Capasso et al., 2006). Para além disso Paracelso acreditava na Doutrina das Signatures que fez parte de diferentes culturas, e preconizava que as plantas carregam 'rótulos' (ou assinaturas) que indicam para que podem ser usadas sendo este conceito compreendido através de cosmologias sobrenaturais (Wohlmuth, 2003).

Na Inglaterra em 1597 foi publicada a *General Historie of Plantes* de John Gerard, e em 1649 traduzida a *Farmacopeia de Londres* do latim para o inglês pelo farmacêutico Nicholas Culpeper (1616-1654) que também escreveu a obra *The English Physician* sobre ervas medicinais da época (Wohlmuth, 2003).

Samuel Thomson (1769-1843) um americano autodidata defendia uma teoria simples e vitalista da medicina: todas as doenças eram causadas pelo frio que obstruía o fluxo de energia vital e o tratamento deveria ser aquecer e ter como objetivo restaurar o fluxo de energia vital (Wohlmuth, 2003; Dog, 1999). O seu sistema de medicina após a sua morte em 1843 evoluiu para o fisiomedicalismo (Wohlmuth, 2003). Segundo Wohlmuth (2003) a teoria do vitalismo foi fulcral na filosofia médica de Samuel Thomson e dos fisiomédicos. Os estados de saúde ou de doença eram compreendidos como “tentativas da 'força vital' de manter a integridade funcional do organismo” (Wohlmuth, 2003, p.197). A Fitoterapia assenta até aos dias de hoje nos conceitos do vitalismo (Singer & Fisher, 2007; Wohlmuth, 2003)

Também do outro lado do atlântico o médico Wooster Beach (1794–1868) foi um dos nomes importantes para a fitoterapia ao iniciar um movimento de médicos americanos que ficou conhecido como eclético. A medicina eclética que promovia os tratamentos que se destinavam a “atuar em harmonia com as leis fisiológicas”, continha muitos medicamentos à base de plantas (Wohlmuth, 2003, p.195).

No século XIX com o emergir da indústria farmacêutica dá-se o declínio da Fitoterapia (Capasso et al., 2006). Com o desenvolvimento da indústria farmacêutica nomeadamente o surgimento do conhecimento da química foram desenvolvidas drogas químicas sintéticas que levaram à produção em escala industrial de uma enorme quantidade de medicamentos (Capasso et al., 2006; Dog, 1999). A indústria farmacêutica apresentava grandes vantagens em relação às plantas medicinais na medida que ao produzir os ingredientes ativos das plantas em grande escala e de forma estável e pura

oferecia desse modo uma maior constância da ação e uma relação mais exata entre dose e o efeito pretendido, para além de se apresentar disponível imediatamente (Capasso et al., 2006, pp.13-14).

### **História da Fitoterapia em Portugal**

A Fitoterapia<sup>100</sup> apresenta indícios em Portugal desde o início do século XVI (Ventura et al., 2016). Em Portugal o uso de plantas para fins terapêuticos teve a sua origem na época dos descobrimentos. A expansão marítima dos portugueses possibilitou a descoberta de outras culturas e civilizações, de outros modos de vida e hábitos culturais e de outras modalidades de cura. As expedições portuguesas à Índia, China, Brasil e África possibilitaram que médicos e botânicos portugueses tomassem conhecimento de novas plantas medicinais e suas propriedades terapêuticas. Garcia de Orta, Tomé Pires e Amato Lusitano são alguns desses exemplos (Nunes, 2008; Ventura et al., 2016). Garcia de Orta, um médico judeu português que viveu na Índia, foi autor do livro “Colóquio dos simples e drogas e coisas medicinais da Índia” (Ventura et al., 2016). Tomé Pires, boticário português que viveu no Oriente no Século XVI, o primeiro embaixador português enviado à China, escreveu em 1515 a obra “Suma Oriental” que descreve as plantas medicinais do Oriente (Loureiro, 1996). Os conhecimentos botânicos adquiridos nesses novos mundos foram difundidos deste modo pelo mundo ocidental (Nunes, 2008). Verifica-se assim que as origens da fitoterapia remontam à séculos atrás. No entanto, a história da fitoterapia em Portugal, modalidade terapêutica que integra as medicinas alternativas e complementares, e praticada em Portugal há várias décadas, que consiste numa terapêutica baseada nos princípios filosóficos da Medicina Hipocrática ou Naturopática e da Medicina Tradicional (Nunes, 2008) e não no mero uso de plantas com fins terapêuticos destaca-se desde o século XX da história das plantas medicinais ligadas às ciências médicas e farmacêuticas.

A história da fitoterapia em Portugal desde o século XX que está associada à história da Naturopatia. As grandes personalidades, consideradas pioneiros e grandes impulsionadores da Naturopatia em Portugal, são simultaneamente também aquelas que estabeleceram a Fitoterapia no nosso país.

---

<sup>100</sup> Na “Proposta de Perfil Profissional do Fitoterapeuta” realizada pelo Prof.º de Fisioterapia João Manuel Dias Ribeiro Nunes (2008) a fitoterapia é designada também como Herbologia, Medicina Botânica, Medicina Vegetal, a Medicina Herbática ou Medicina pelas Plantas.

No século XX os naturopatas Raúl d'Oliveira Feijão, José Lyon de Castro, Índiveri Colucci, Fred Vasques Homem, Adriano Oliveira e Furtado Mateus foram cruciais “para o estabelecimento da identidade, consistência e estrutura do presente e coerente corpo teórico-prático da Fitoterapia naturopática, como área do saber e profissão” (Ventura et al.,2016, pp. 7-8).

Raúl d'Oliveira Feijão que escreveu essencialmente sobre plantas medicinais publicou o Elucidário Fitológico em três volumes (Ventura et al.,2016; Ventura, 2016). José Lyon de Castro um dos pioneiros da Fitoterapia em Portugal foi autor do livro “Medicina Vegetal” (Ventura, 2016).

José Furtado Mateus foi em 1985, fundador da Agrobio (Associação Portuguesa de Agricultura Biológica<sup>101</sup>), associação existente ainda no presente (Ventura, 2016).

A Fitoterapia emergiu deste modo da Naturopatia tendo subjacente o mesmo paradigma que esta (Ventura et al., 2016). Ribeiro Nunes, membro da Comissão Consultiva para a Regulamentação das Terapêuticas não Convencionais na “Proposta de Perfil Profissional do Fitoterapeuta” afirma que a Fitoterapia tem por base os princípios filosóficos da Medicina Hipocrática ou Naturopática e da Medicina Tradicional (2008, p.7). Ventura et al. (2016, pp.8-9) descreve as seguintes leis naturopáticas, designadamente as listadas por Pierre Marchesseau e Grégoire Jauvais (1970), como sendo também as leis ou fundamentos teóricos da Fitoterapia:

*“Lei nº 1 (Força vital). A matéria viva é dotada de um instinto de conservação (e de reparação) a que se chama «força vital», que não é nem química nem mecânica, mas de natureza biológica e cujo êxito é proporcional à sua energia. Lei nº 2 (Inteligência da força vital). A força vital “exerce-se no melhor dos interesses do organismo, mesmo em caso de doença”. (...) Lei nº 4. A doença vem do “stress” do meio anti-biológico (falsos alimentos, falta de ar puro, vivificante e limpo, de exercício racional, de sol; tensão psiconervosa, etc.) que perturba o funcionamento harmonioso da força vital. (...) Lei nº 9. A doença causada é una: essa unidade exige, igualmente, unidade de tratamento. O tratamento natural ou método de saúde (...) exige a desintoxicação em primeiro lugar, depois a revitalização e, finalmente, a estabilização. Lei nº 12. (...) À medida que a intoxicação aumenta, a força vital diminui. (...) Lei nº 17. A doença é sempre uma resistência vital inteligente (...) perante a intoxicação; é um estado anormal a que*

---

<sup>101</sup> <https://agrobio.pt/agrobio/historia/>

*responde uma ação vital correta. Lei nº 23. O alvo direto da doença é provocar o regresso a uma fisiologia normalizada (...). O poder curativo é inerente a cada célula viva.”*

Constata-se por um lado que em Portugal a Fitoterapia faz parte da Naturopatia: a Fitoterapia pode ser “considerada simultaneamente um subsistema; dos três sistemas (naturopático, tradicional chinês e ayurvédico)” (Ventura et al., 2016, p.16).

Por outro lado verifica-se que a Fitoterapia exercida atualmente em Portugal ao ter como fundamentos teóricos os princípios filosóficos da Medicina Hipocrática ou Naturopática e da Medicina Tradicional, tendo segundo Ribeiro Nunes (2008) designadamente na base do seu diagnóstico a Teoria Humoral, o Fisiomedicalismo, o movimento Eclético, a Doutrina das Siglaturas e as teorias do Herbalismo Moderno, teorias com conceitos e preceitos contrários aos princípios vigentes da ciência e por vezes com explicações e compreensões sobrenaturais, revela que a sua história se destaca da história das plantas medicinais<sup>102</sup>, apesar de alguns paralelismos históricos comuns.

---

<sup>102</sup> As plantas medicinais ao longo das últimas décadas têm sido objeto de estudo por diversos institutos e centros de investigação científicos (exemplos: Rede de Química e Tecnologia/Laboratório Associado para a Química Verde (REQUIMTE/LAQV) na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto (FFUP); Observatório de Interações Planta-Medicamento; e Centro de Ecologia Funcional da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra (FCTUC).

#### **4.1.4 Medicina Tradicional Chinesa e a Acupuntura**

##### **Origem e Caracterização da Medicina Tradicional Chinesa e da Acupuntura**

As práticas da medicina chinesa têm a sua origem na história da civilização chinesa de há milhares de anos. Um dos primeiros nomes que apareceu na história da medicina chinesa foi o do imperador Shen Nong (2953 a.C), conhecido como o Imperador Vermelho, lendário governante e herói chinês, considerado como um dos Três Soberanos (também conhecidos como "Três Augustos") que viveu há milhares de anos (Fróio, 2006; Chan, 2016). Shen Nong teve relevância na área da saúde ao ensinar o uso de plantas medicinais, diferenciando as plantas tóxicas das plantas benéficas (Fróio, 2006; Chan, 2016). A origem da acupuntura e da moxabustão remonta também a este período histórico ou mesmo ao período neolítico em que o uso do 'Bian-Shi', isto é, o uso de pedras afiadas para drenagem de obsessos e alívio de dores já era utilizado (Chan, 2016; Scognamillo-Szabó & Bechara, 2010). Na história da medicina chinesa é atribuído ao mítico Imperador Amarelo, Huang Di (2698 a 2598 a.C), unificador da China e criador da escrita chinesa (Scognamillo-Szabó et Bechara, 2010), assim como de importantes elementos da cultura chinesa, como o taoísmo, a astrologia chinesa e o Shuai Jiao (Wu, 2006), papel de grande relevância na origem da medicina. Seus ensinamentos teriam sido transmitidos verbalmente, de mestre para discípulo, tendo posteriormente sido transcritos no livro *Huáng Dì Nei Jing – Clássico do Imperador Amarelo* (Beltrão, 2017). Contudo vários estudiosos da História da China referem que o livro *Huáng Dì Nei Jing* não é da autoria do Imperador Amarelo, que seria antes uma figura mítica e lendária, mas sim de um grupo de médicos do período dos Reinos Combatentes (Cherng, 2008 cit. por Beltrão, 2017). O livro *Huáng Dì Nei Jing*, que deve ter sido redigido na Dinastia Han (206 a.C. – 220 a.C.) “para ser completado na Dinastia Tang em 762 por Wang Bing médico Daoísta sendo sua produção final realizada pela Editora Imperial no século XI na Dinastia Song (960 – 1276)”, consiste numa síntese do conhecimento médico desenvolvido na China até aquela época (Beltrão, 2017, p. 18).

Na dinastia Shang (1751-1112 a.C.) e metade da dinastia Zhōu (1112-249 a.C.) as funções sacerdotal e medicinal estavam ligadas praticando o médico tanto práticas terapêuticas como também adivinhações, práticas de culto como expulsar maus espíritos ou agradecer aos deuses (Lin, 2013; Contatore et al., 2018). Esta situação apenas é alterada no período médio da dinastia Zhōu, próximo ao ano 500 a.C., quando passa a existir uma separação entre o papel do sacerdote e do terapeuta (Contatore et al., 2018).

Na era da dinastia Zhōu viveram os chamados “filósofos” que provocaram mudanças sociais na sociedade chinesa e fundaram as concepções cosmológicas<sup>103</sup> e sociológicas da medicina tradicional chinesa (Souza & Luz, 2011). Confúcio, em chinês Kong qiu (551 – 479 a.C) e Lao Zi (604 – 517 a.C) foram os principais responsáveis pela filosofia da Medicina Chinesa (Fróio, 2006; Sampaio, 2002).

Perante mudanças estruturais na sociedade chinesa antiga que provocaram um colapso na moral intrafamiliar e estatal, Confúcio viu a necessidade de retornar a ordem no mundo, e de conceber estratégias de regulamentação que passaram pela restauração dos ritos religiosos de agradecimento e oração e uma comunicação com o espiritual, que tinham por objetivo alcançar a felicidade (Unschuld, 2012, p.14). Os ritos que tinham como função regular as relações com os ancestrais, levaram à “personificação do comportamento correto no sentido da «moralidade tornar-se convencional» e também à expressão de estruturas sócio-políticas” (Unschuld, 2012, p.14). Para Confúcio a ordem só pode existir se cada indivíduo, que é interdependente de todos os outros indivíduos reconhecer e assumir a responsabilidade de que o seu comportamento desempenha um papel na ordem do todo (Unschuld, 2012). Para Confúcio os indivíduos alcançariam equilíbrio através do aperfeiçoamento moral e ético, sendo a doença deste modo produto do comportamento desajustado do homem (Fróio, 2006). Segundo Confúcio “o desrespeito à higiene, à moderação alimentar, à regularidade no sono e no trabalho poderiam provocar doenças” (Unschuld, 1985; Sampaio, 2002 cit. por Contatore et al., 2018, p.849).

Durante a dinastia Han, que durou de 206 a.C. até 220 d.C deu-se a formação de um império unificado chines que se converteu oficialmente num estado confucionista. A medicina chinesa vai ser formada tendo em atenção os preceitos vigentes na sociedade chinesa, designadamente o corpo humano vai ser definido como um “ um reflexo da sociedade em que viviam”, tendo “o corpo humano a mesma estrutura básica do império

---

<sup>103</sup> Luz et al. no projeto “Racionalidades Médicas”, que consistia no estudo comparativo da Medicina Ocidental Contemporânea, da Medicina Homeopática, da Medicina Tradicional Chinesa e da Medicina Ayurvédica, construíram a categoria “Racionalidade Médica “ que estabelece que toda racionalidade médica é um sistema complexo estruturado por seis dimensões: uma morfologia humana (na biomedicina definida como anatomia); uma dinâmica vital (definida pelo biomedicina como fisiologia); uma doutrina médica (que define o que é o processo saúde-doença, sendo na biomedicina definido neste caso o que pertence ou não à clínica); um sistema de diagnose (no qual se estabelece se existe ou não um processo mórbido); um sistema de intervenção terapêutica (no qual se identificam as formas de intervenção adequadas a cada processo mórbido); e por último a dimensão designada como cosmologia que se refere aos princípios filosóficos das racionalidades médicas e que na medicina tradicional chinesa, estaria relacionada com as filosofias religiosas, designadamente com o taoísmo chinês (Luz, 2005; Nascimento et al., 2013) . Neste texto ao utilizarmos a denominação de cosmologia estamos a nos referir às raízes filosóficas religiosas.



unificado. Cinco “centros administrativos” anteriormente desconectados, pulmões, coração, baço, fígado e rins, agora eram concebidos como ligados entre si em um todo integrado por meio de um complexo sistema de rotas de transporte” (Unschuld, 2018, p. 30).

Os ensinamentos de Lǎo Zǐ que fundamentaram o taoísmo, estão presentes na medicina chinesa (Fróio, 2006; Sampaio, 2002). A Lǎo Zǐ, figura possivelmente meramente mitológica, é atribuída a autoria do livro *Dào Dé Jing*, um dos livros canônicos da tradição daoística (Souza & Luz, 2011; Sampaio, 2002). Neste livro são apresentadas as concepções de Tao ou *Dào*, que significa Caminho, e de Yin e Yáng, as forças femininas e masculinas (Souza & Luz, 2011; Contatore et al., 2018 ). Na dinastia Han (206 a.C. - 220 d.C.) as concepções cosmológicas e sociológicas dos filósofos chineses foram integradas e sistematizadas com outras “especificidades do saber médico (Souza & Luz, 2011, p. 157) e reunidas sinteticamente em dois cânones fundamentais, no *Huáng Dì Nei Jing*, o Livro do imperador Amarelo, já precedentemente mencionado e no *Nan Jing*, o Clássico das dificuldades (Unschuld, 1985; Sampaio, 2002 cit. por Contatore et al., 2018). No entanto, outras obras se revelam importantes neste período para a dimensão cosmológica da medicina chinesa, nomeadamente *Huái Nán Zi*, uma compilação de textos daoístas, confucionistas e legalistas produzida pelo príncipe Líu An no século II a.C, que segundo Pregadio revela as relações entre as noções cosmológicas de Yin e Yáng, a teoria das cinco fases designada de “*Wu Xíng*”, e de “*Gan Yíng*” (2003, p.406 cit. por Souza & Luz, 2011).

A dimensão filosófica dos textos médicos desenvolvidos nesta época histórica estava assente, deste modo, nas seguintes concepções cosmológicas:

➤ **Dào**

O conceito de *Dào* “refere-se ao percurso para a vida microcósmica (individual e social) e macrocósmica (natureza)”, existindo “... um percurso espontâneo para a vida e sua busca era considerada pré-requisito para a saúde” (Souza, 2008 cit. por Souza & Luz, 2011, p.157).

➤ **Yin e Yáng**

O livro “*Huai nan zi, Tian wen xun*” explica de forma bastante clara a cosmologia de Lao Zi, nomeadamente os conceitos de Yin e Yáng: “O Caminho, isto é, a lei, começa

com um. Um [sozinho] não dá vida. Por isso, ele se separou e se tornou yin e yang. Através da união de yin e yang, os inúmeros seres ganharam vida. Por isso, diz-se 'um gera dois, dois gera três, três gera uma miríade de coisas'" (Unschuld, 2003 p. 34). O Guan Zi , um texto antigo do terceiro século a. C, referia por sua vez relativamente ao yin e yang: “[A sequência das estações] primavera, outono, inverno e verão reflete a aparência alternativa de yin e yang.... A duração das estações reflete as operações de yin e yang. As alternâncias de dia e noite refletem as transformações de yin para yang [e vice-versa]” (Unschuld, 2003, p. 85).

Yin e yang são então compreendidos como princípios abstratos, penetrando todos os microcosmos dentro de um grande macrocosmo , em que a coexistência desses opostos é visto como um processo dinâmico entendido através dos fenômenos naturais tais como as mudanças ou a sequência das estações, sendo então o Yin e Yang: “O Caminho do céu e da terra, os princípios fundamentais [governando] os inúmeros seres, pai e mãe para todas as mudanças e transformações, a base e o começo de gerar e matar, o palácio do brilho espiritual. Céu e terra, eles são o acima e o abaixo dos seres inumeráveis. . . . . Yin e Yang, eles são o começo de uma infinidade de seres” (Unschuld, 2003, pp. 85- 86).

A doutrina yin-yang explica então todos os domínios de existência humana designadamente a saúde e a doença. Deste modo os conceitos de Yin e Yang, entendidos como opostos complementares, reportam-se “à estrutura e ao modo de funcionamento do cosmo e do corpo humano, tido como um microcosmo operando à imagem e semelhança do macro” (Souza & Luz, 2011, p. 157). Todo o corpo é mapeado como yin ou yang de forma a permitir que o médico conhecesse a natureza de uma doença, nomeadamente se esta estava em uma região yin ou yang, e pudesse indicar uma terapia adequada (Unschuld, 2003). A medicina chinesa considera então a doença como uma manifestação da forma como o homem se relaciona com o mundo e desequilibra suas energias vitais, e a saúde como um estado de harmonia entre as energias ying e yang que se alteram conforme o estado dinâmico do paciente com o meio ambiente (Fróio, 2006, p. 23).

#### ➤ Qi

O qi, que se tornou um dos conceitos fundamentais da medicina chinesa no período do Livro do Imperador Amarelo (Souza & Luz, 2011), definido como força vital única integradora de todos os sistemas, internos e externos, e um dos principais princípios da medicina chinesa, assume-se como crucial para explicar cosmologicamente aspetos

teóricos da medicina chinesa. O qi estará presente no organismo desde o momento da sua criação, tendo como fontes a natureza (o cosmo) e a vitalidade dos genitores (Contatore et al., 2018). A criança na gestação e nos primeiros meses de vida é suprida pela natureza, sendo a alimentação algo necessário à vida, mas considerada de menor valor e potencialidade do que o qi original (Tesser, 2010 cit. por Contatore et al., 2018). O qi assume a função de força conectiva não só entre órgãos e vísceras, integrando os seres individuais como também entre os indivíduos e o cosmo, conectando-os. O ser humano e o cosmo são então um conjunto integrado através do qi, sendo deste modo a origem das enfermidades percebida a partir da interação e capacidade adaptativa do ser individual com a natureza. Como explica Souza e Luz a

*“força vital Qi operaria por correspondência qualitativa, conforme as leis das Wu Xíng, das cinco fases que explicam as diferenciações do Qi em sua constante alternância entre as polaridades Yin e Yáng. Segundo esse modelo, sistemas que estiverem na mesma fase responderão a estímulos feitos em qualquer ponto da fase. Esse pensamento resulta na associação de elementos de qualidades semelhantes, tais como as características quentes de Xin, o coração com a estação do verão, e as qualidades expansivas da emoção, alegria, todos associados à fase fogo, Huo” (2011, p. 158)*

➤ Gan Yíng

A noção de GanYíng explica as correspondências qualitativas referidas no ponto anterior. Gan Yíng, que significa estímulo ressonância, pode ser explicado segundo Pregadio (2003, p.56 cit. por Souza & Luz, 2011, p. 158) do seguinte modo:

*“O cosmo, o ser humano, a sociedade e o ritual são relacionados por analogia uns aos outros, de forma que um evento ou ação que ocorra em qualquer um desses domínios poderá ser relevante nos outros. Isso é determinado pelo princípio da ressonância, Gan Yíng, que traduzido literalmente seria o “impulso e a resposta”, pelos quais as coisas pertencentes à mesma classe ou categoria, Lèi, se influenciam. O ritual, por exemplo, restabelece a conexão original entre os seres humanos e os deuses, e um homem real (Zhen Rén) ou um santo (Shèng Rén) beneficiam toda a comunidade humana em que vivem por seu alinhamento com as forças que regulam o cosmo. Por outro lado, um soberano que ignore os presságios dos céus traz calamidades e distúrbios sociais”.*

➤ A teoria das cinco fases

A medicina chinesa foi bastante influenciada pela teoria das cinco fases atribuída a Tsou Yen (350 a. C - 270 a. C) (Jacques, 2003). As cinco fases designadas com nomes de fenómenos naturais nomeadamente madeira, fogo, terra, metal e água, são entendidas como movimentos das energias ying e yang (Pereira & Alvim, 2013). A doutrina das cinco fases na medicina tradicional chinesa permite não só descrever o organismo humano como um sistema de unidades morfológicas (cada fase está relacionada com um órgão, uma víscera e um par de meridianos) inter-relacionadas e suas funções fisiológicas como também explicar as interações entre essas unidades e suas funções e o meio ambiente (Unschuld, 2003; Jacques, 2003). O estado de doença no homem é determinado pelas regras formuladas na doutrina dos cinco agentes. Se essas regras forem respeitadas o homem manterá a sua saúde. O comportamento do homem é determinante para este manter o seu estado de saúde, se o homem obedecer à ordem natural ou às leis naturais significa que mantém a sua saúde, se decidir desobedecer agir contra essa ordem natural optará por padecer.

Esta pequena resenha da dimensão cosmológica ou filosófica da medicina chinesa permite compreender que este sistema de saúde é completamente oposto à dita medicina ocidental.

Seguindo um pouco o alinhamento textual proposto por Souza & Luz (2011) apresentou-se primeiro a dimensão filosófica dos textos médicos desenvolvidos nesta época histórica, sendo nosso objetivo, no entanto, num segundo momento deste pequeno esboço da história da medicina chinesa, também apresentar uma pequena síntese da dimensão que poderemos designar de clínica ou médica, uma vez que esta dimensão está mais relacionada com os aspetos médicos da medicina, nomeadamente com a anatomia, a fisiologia, processo saúde-doença e a intervenção terapêutica. Tal possibilitará uma melhor compreensão do que posteriormente designaremos como medicina clássica chinesa em oposição à dita atual medicina tradicional chinesa. Os textos médicos mencionados designadamente o Huáng Dì Nei Jīng, o Livro do imperador Amarelo, e o Nān Jīng, o Clássico das dificuldades, integram deste modo as diversas concepções cosmológicas descritas e as médicas num único modelo, em que a teoria dos meridianos (Jīng Mài) e dos órgãos e vísceras (Zàng Fu) que passaremos a descrever constituem o núcleo das dimensões da morfologia e do funcionamento dos seres humanos (Contatore

et al., 2018; Souza & Luz, 2011). Neste clássico modelo médico temos também a prática da acupuntura (Souza & Luz, 2011)

Tendo em atenção a explicação exposta passaremos a apresentar uma breve síntese daquilo que designamos como dimensão médica<sup>104</sup>, nomeadamente a teoria dos fatores patogênicos, a intervenção terapêutica, a teoria dos meridianos (Jing Mài) e dos órgãos e vísceras (Zàng Fu).

A medicina chinesa, num contexto cosmológico, compreendia o adoecimento através da teoria dos fatores patogênicos (Pereira & Alvim, 2013; Contatore et al., 2018; Souza & Luz, 2011). Tendo em atenção o conceito de qi, enquanto força vital única conectiva de todos os sistemas, e de acordo com a teoria médica da medicina chinesa existem três classes de fatores patogênicos:

- os externos - também designados de fatores climáticos - o vento, o calor de verão, o fogo, o frio, a umidade e a secura. O corpo humano como um microcosmo da natureza pode ser agredido por “excessos” de determinado tipo de força vital da natureza como por exemplo o frio, fator Yin, que sucede no inverno e consome Qi e Yang, e manifestar sintomas idênticos aos sintomas da doença que a biomedicina poderia diagnosticar como “gripe”, designadamente arrepios, calafrios, produção e acúmulo de secreções nos pulmões e vias áreas. A medicina chinesa considerava que o adoecimento estava relacionado a um fator externo, não compreendendo a doença através de qualquer carácter microbiológico;

- os internos - as emoções de medo, pânico, raiva, preocupação, alegria (excitação excessiva), tristeza e melancolia. Cada uma destas emoções é concebida em um órgão e está relacionada a uma das cinco fases, Wu Xíng. Cada tipo de emoção é gerado pela atividade da força vital nos órgãos do corpo humano, podendo surgir doenças em caso de atividade excessiva ou de incapacidade organizativa do sistema coração-mente perante o surgimento da emoção. As emoções são capazes de provocar problemas fisiológicos, como é o caso das emoções de tristeza e melancolia ligadas à fase metal. A tristeza e melancolia, concebidas nos pulmões, o órgão correspondente desta fase, afetariam deste modo os pulmões (Souza & Luz, 2011);

---

<sup>104</sup> A dimensão médica neste contexto está relacionada com aspetos de anatomia, de fisiologia, do processo saúde-doença e da intervenção terapêutica.

- por último os fatores que não são externos ou internos e que consistem nos hábitos individualizados relacionados com a alimentação, o sono, o excesso ou a falta de atividades físicas, as lesões traumáticas, o excesso de atividade mental e a sexualidade. O desenvolvimento da força vital de cada indivíduo requeria uma seleção e uma preparação de alimentos adequados à sua própria constituição, assim como uma oscilação adequada entre atividade e sono. Por exemplo uma vida sexual inadequada, designadamente o excesso de atividade sexual provocaria a the disease “blood decay” (Unschuld, 2003, p. 297).

A medicina chinesa tendo como objetivo por um lado promover o ser humano saudável e por outro combater os três tipos de fatores patogénicos desenvolveu um sistema terapêutico que consistia nas seguintes práticas: terapia medicamentosa com substâncias vegetais, animais e minerais, acupuntura e moxabustão, dietética, massagens (podendo incluir as práticas de transmissão de Qi; práticas de autocuidado com treinamentos de energia (qigong) e exercícios de cultivo e circulação da força vital. (Contatore et al., 2018; Souza & Luz, 2011).

A medicina chinesa definia 12 órgãos e vísceras principais no corpo humano, tendo cada um deles funções a três diferentes níveis: fisiológico (material), vital e mental-emocional. Deste modo a definição dos órgãos é diferente da prestada pela biomedicina na medida que cada órgão tem não só funções fisiológicas (materiais) como também imateriais, designadamente vitais e mentais-emocionais. Por exemplo os rins teriam uma função material, a função de ‘governar as águas’, o que significa a formação e excreção da urina e ‘produzir a medula óssea’ e ‘controlar os ossos”, em parte pelo menos semelhante à função atribuída pela biomedicina aos rins, mas também uma função vital que consistia entre outras controlar o sentido da audição, e uma função mental-emocional em que os rins produziam e harmonizavam o medo e a força de vontade. Os rins é deste modo um órgão humano compreendido pela medicina chinesa de forma completamente diferente da biomedicina (Souza & Luz, 2011).

A teoria dos meridianos (Jing Mài) utilizando imagens da natureza como analogias, estabelecia trajetos preferenciais que a força vital Qi percorria no corpo humano, executando deste modo funções de circulação e integração análogas aos rios e de acúmulo semelhantes à dos lagos. Nesses trajetos, designados de meridianos a nível ocidental, encontravam-se os pontos de acupuntura entendidos como cavernas em que a força vital se concentraria, que davam acesso às funções e ao trajeto do meridiano se

estimulados, usualmente por calor (moxibustão) ou agulhas (acupuntura) (Souza & Luz, 2011, p.160).

As conceções teóricas descritas, perduraram estáveis até o início do século XX, não tendo sofrido ruturas teóricas significativas e constituem-se como a essência do que é denominado de medicina clássica chinesa. Contudo a medicina clássica chinesa durante 17 séculos desenvolveu-se, tendo sido estabelecido “o mapa de pontos de acupuntura, com inclusão de novos pontos e elaboração de suas funções, métodos de tratamento com acupuntura, moxibustão e ervas, e diversas linhagens de pensamento enfatizando diferentes aspetos da prática médica” e se expandiu para outros países asiáticos tais como o Japão, a Coreia e o Vietnã (Contatore et al., 2018; Souza & Luz, 2011, p. 162). Podemos concluir que no final da dinastia Han a medicina designada por medicina clássica chinesa estava sistematizada e estruturada no seu essencial. Na dinastia Qing (1644-1912), sob a influencia da cultura ocidental, dá-se o início do declínio da medicina clássica chinesa (Souza & Luz, 2011). Posteriormente com a revolução comunista na China consolida-se a medicina tradicional chinesa que em oposição à medicina clássica chinesa se requer científica e disputa com esta o atual cenário medicinal.

### **A Medicina Tradicional Chinesa e a Acupuntura após a Revolução Comunista na China**

A República da China, instaurada no ano de 1912 e terminada em 1949, foi o regime político que sucedeu à última dinastia imperial. O período republicano foi marcado por vários confrontos bélicos, a Segunda Guerra Sino-Japonesa travada de 1937 a 1945 entre a China e o Japão e a guerra civil entre o Kuomintang, o Partido Nacionalista Chinês que dominava as instituições da República, sob o comando de Chiang Kai-shek, e o Partido Comunista Chinês. Nesse período a China apresentava relativo atraso económico e social no que se refere aos países ocidentais e ao próprio Japão, havendo necessidade, segundo muitos dos intelectuais e políticos da época, de instaurar um processo de industrialização e modernização que permitisse o desenvolvimento da nação. A medicina chinesa representava segundo os intelectuais da época todo o “atraso, superstição e irracionalidade da velha sociedade e cultura com a qual estavam travando um combate mortal” (Croizier, 1965, p.2). Neste processo de modernização a ciência e a medicina ocidentais passaram a ter então um papel crucial. Chén Dúxiù defensor da

modernização da China, um dos fundadores do Partido Comunista Chinês em 1921, no qual serviu como seu primeiro Secretário Geral, em 1919, no artigo "Call to Youth" publicado na revista New Youth, afirmava:

*“Nossos estudiosos não sabem nada de ciência; é por isso que eles recorrem aos sinais yin yang e à crença nas cinco fases, a fim de confundir o mundo e iludir as pessoas. . . . Nossos médicos não sabem nada de ciência; eles não sabem nada de anatomia humana e também não têm ideia de como analisar drogas. Eles nem ouviram falar de toxinas e infecções bacterianas. . . . O auge de sua superstição é a teoria do qi, que de facto pertence às palhaçadas de artistas de rua e sacerdotes taoístas. Nunca podemos compreender esse qi, mesmo se o procurarmos em todo o universo. Todas essas ideias imaginárias e crenças irracionais podem ser completamente retificadas com a ciência. Se queremos alcançar a verdade com a ciência, precisamos primeiro verificar todos os factos. . . . Não há limites para a verdade no universo, e no campo da ciência existem vastas regiões férteis à espera dos exploradores para abri-las. Juventude, para trabalhar!”* (Unschuld, 2018, pp. 99 -100)

Para além de Chen Duxiu muitos outros reformadores, revolucionários, intelectuais e também políticos mostravam desagrado com a medicina chinesa como é o caso de Lu Xun (1881–1936), um dos autores chineses mais influentes do século XX e de Ba Jin (1904–2005) um autor de tendências políticas anarquistas (Unschuld, 2018, p. 101).

Nesta época a medicina clássica chinesa era, então, considerada um conjunto de crenças supersticiosas não só pelos nacionalistas como também pelos comunistas. No governo de Chiang Kai-shek, Presidente da República da China, de forma intermitente de 1928 e 1949 a medicina chinesa chegou mesmo a ser abolida (Souza & Luz, 2011; Hsu, 1999, 2008). No governo de Nanquim, governo fantoche do Império Japonês na República da China (tanto o norte da China e a Mongólia Interior mantiveram-se relativamente livres de sua influência) fundado em março de 1940, sob a liderança de Wang Jingwei, criado para rivalizar com o governo legítimo de Chiang Kai-shek em Chongqing, Yii Hsiu, marxista professor, na discussão estatal relativamente à medicina chinesa criticou aqueles que defendiam que se devia unir o melhor da medicina ocidental e chinesa, afirmando que a “medicina chinesa era simplesmente um estágio mais primitivo e não científico do desenvolvimento da medicina, que agora seria substituído pela medicina científica moderna, assim como o capitalismo certamente seria substituído pela forma social mais alta do socialismo” (Croizier, 1965, p.2).



Em outubro de 1949, o Exército de Libertação Popular do Partido Comunista da China derrota o Partido Nacionalista Chines de Chiang Kai-shek, e Mao Tse-tung proclamou a República Popular da China. Mao Tse-tung fundador da República Popular da China, tornou-se seu presidente, assim como secretário-geral do Partido Comunista Chinês. No início dos anos 50 os cuidados de saúde ditos científicos apresentavam precárias condições designadamente poucas instalações modernas e muito pouco médicos que de forma alguma conseguiam responder às necessidades médicas da enorme população rural. O Rockefeller Peking Medical Union College fundado em 1915, era a única instituição de formação académica de medicina ocidental, no início do século XX, tendo formado a maioria dos membros do Ministério da Saúde (Hsu, 2008). Os cerca de 10.000 médicos eram em número bastante reduzido comparativamente com os 500.000 curandeiros tradicionais chineses (Croizier, 1965, pp. 4-5). A medicina chinesa, que se apresentava mais económica com as suas ervas chinesas disponíveis e práticas terapêuticas, tais como a acupuntura, que exigiam equipamento mínimo, com um grande número de praticantes, não foi abolida pelo governo comunista nem no início da década de 50 nem posteriormente designadamente no período da crise do “Great Leap Forward” em que os recursos diminuíram e o país foi marcado por grande fome (Hsu, 2008). No relatório final da Primeira Conferência Nacional de Saúde Pública é defendida a unidade e cooperação entre os médicos das antigas e das novas escolas, ficando, no entanto, bastante explícito que “nessa cooperação, a medicina ocidental deveria assumir a principal responsabilidade de pesquisar e elevar o nível da medicina chinesa” (Croizier, 1965, p.5). Na década de 50 observa-se então uma mudança de abordagem no que se refere à medicina chinesa, esta nova mudança faz parte do projeto de construção da nação de Mao. A medicina chinesa reveste-se de forte orgulho nacionalista passando a fazer parte do património cultural nacional. Este forte orgulho cultural é manifestado na própria literatura com o enaltecimento das realizações médicas da nação como foi o caso dos relatos das realizações médicas da China de Chu Yen e a biografia de Li Shih-Chen (Croizier, 1965, p. 14). Mao promoveu a ideia de uma medicina chinesa e ocidental unificadora, tendo para isso responsabilizado os médicos formados em medicina ocidental de estudar a medicina chinesa, garantir que os médicos tradicionais chineses “cumprissem os requisitos da medicina moderna e finalmente, combinar a medicina chinesa e ocidental em uma única prática cientificamente legítima, que simultaneamente representaria um novo tipo de medicina mundial” (Unschuld, 2018, p. 104). Mao exigiu, então, a implementação de um programa que tinha como finalidade enviar médicos da

medicina ocidental para estudar a medicina tradicional, designadamente Mao dá a diretiva de "escavar e recuperar" os elementos da medicina chinesa que eram racionais e úteis (Unschuld, 2018, p.113). Politicamente o objetivo era reter os elementos da medicina chinesa considerados úteis e legitimá-los com base em estudos científicos modernos (Unschuld, 2018 p.113). Assim tal como afirma Hsu (2008, p. 472) os ensinamentos da Medicina Tradicional Chinesa revelam «traços de uma tradição inventada» na medida em que a Medicina Tradicional Chinesa é produto do projeto comunista, “onde a ideologia do Partido Comunista Chinês (PCC), as políticas do partido e sua interpretação, e as próprias intervenções de Mao” (Hsu, 2008, p. 467) de forma ativa e bastante interventiva demarcaram quais os ensinamentos que constituem a Medicina Tradicional Chinesa. Tal como referido por Mao “A medicina e a farmacologia chinesas constituíam um grande tesouro” não sendo possível, no entanto, assimilar grande parte dele na nova estrutura conceitual, tendo deste modo o modelo de correspondência sistemática sido o único sistema conceitual do passado da medicina chinesa considerado na medida em que este centralizava um pequeno número de conceitos que apesar de aparentemente exóticos não se manifestavam diretamente opostos à ciência (Unschuld, 2018). Os conceitos de yin e yang e as Cinco Fases do modelo de correspondência sistemática eram estranhos, no entanto, fáceis de compreender, não se encontrando na Medicina Tradicional Chinesa os aspetos realmente desafiadores dessas teorias, estando os seus fundamentos lógicos já completamente alinhados com os padrões do pensamento ocidental (Unschuld, 2018). Neste sentido têm surgido algumas críticas designadamente alguns referem que a MTC “representa uma "assimilação fragmentada" das ideias médicas ocidentais e observaram que a casa do tesouro foi transformada em uma "pedreira" (como reivindicado por exemplo por Porkert 1982, p. 569 cit. por Hsu, 2008, p. 474) e outros por sua vez argumentam “que a MTC tem sido sutil em suas maneiras de se apropriar do materialismo ocidental, da dialética materialista marxista-maoista e da ideologia e tecnologia médicas ocidentais” (Hsu, 2008, p. 474).

Constatamos desta forma que o que atualmente designamos de Medicina Tradicional Chinesa não foi desenvolvido por médicos ou outros profissionais de saúde com base em suas próprias experiências clínicas ou estudos científicos mas tal como refere a sinologista alemã, médica e também praticante da medicina tradicional chinesa Barbara Volkmar, a Medicina Tradicional Chinesa é um "produto artificialmente sistemático" - um sistema deliberadamente construído de conceitos e práticas que não chegaram ao seu estado atual

através de um processo de desenvolvimento histórico, mas sim através dos cálculos políticos dos funcionários responsáveis da República Popular da China (Unschuld, 2018, p.107). Na acupuntura isso torna-se bastante evidente na medida em que questões tais como saber se existem coisas como os condutos corporais para transportar sangue e vapores (qi) ao redor do corpo ou sobre onde os pontos de acupuntura devem ser localizados foram definidas por negociação política (Unschuld, 2018).

Tal como afirma Unschuld (2018) existe o mito de que a Medicina Tradicional Chinesa é um sistema de “medicina de milhares de anos único e é resultado de uma cadeia ininterrupta de transmissão da antiguidade até o presente”, no entanto, isso não é verdade como podemos verificar, sendo antes aquilo que Hsu (2008, p.467) designa uma “tradição inventada “na medida que é um produto de um projeto que teve como finalidade construir uma nova identidade dentro do contexto da construção da nação. Nos anos de 1956 a 1963 a Medicina Tradicional Chinesa foi transcrita, o Zhongyixue gailun (Esboço da MTC), o primeiro livro foi constituído em Nanjing em 1958, posteriormente em 1962 foi terminado um conjunto de 18 livros e em 1964 foi publicado o segundo conjunto de livros nomeadamente de 16 que, juntamente com a quinta edição de 1984/1985, é considerado o trabalho principal da MTC (Hsu, 2008, p. 467) .

Apesar de estarmos perante um país com um regime autoritário, desde o início e até aos dias de hoje, que permanece uma significativa oposição contra a abordagem política comunista relativamente à medicina chinesa considerando que esta significa uma grande perda de conhecimento de conceitos históricos. No outro extremo, no entanto, temos ainda aqueles que no passado acreditavam que a modernização da nação passa pela ciência e tecnologia do ocidente, procurando interrelacionar os entendimentos neuroanatómicos modernos da dor, falência de órgãos e doença mental com os antigos conceitos chineses de circulação do qi e função dos órgãos.

Como poderemos constatar noutra capítulo desta investigação estas diferentes perspetivas deram origem na atualidade a diferentes modelos de Medicina Tradicional Chinesa que por vezes entram em colisão e lutas profissionais. A disputa pelo modelo de medicina chinesa que deve prevalecer, ou seja entre a Medicina Tradicional Chinesa como modelo de padronização, segurança e eficácia e globalizada através da República Popular da China e a Medicina Clássica Chinesa modelo da cosmologia tradicional, levou a que diferentes grupos profissionais tomassem atualmente posições antagónicas e rivais.

## **A História da Medicina Tradicional Chinesa e da Acupuntura na Europa**

Os descobrimentos portugueses que resultaram na criação do Império Colonial Português, permitiram a descoberta de Novos Mundos, com universos culturais diferentes e por vezes exóticos, que os portugueses quiseram conquistar e dominar.

A Coroa portuguesa como patrono das missões católicas e instituições eclesiásticas na África, Ásia e Brasil, na sequência de “uma combinação de direitos, privilégios e deveres, concedidos pelo papado à Coroa portuguesa” (Boxer, 1978, p. 99 cit. por Pelliccia, 2017, p. 632), apoiou os jesuítas na evangelização dos novos povos.

A Companhia de Jesus, fundada pelo espanhol Inácio Loyola, constituída por missionários portugueses e estrangeiros, com a missão de evangelizar catolicamente as novas civilizações, viajou e criou relações de comunicação intercultural com os povos dos novos continentes. Os jesuítas, homens letrados da época, a elite da igreja católica que assumiam tanto papéis económicos e políticos como académicos e intelectuais, viajaram para o oriente, com o objetivo de criar novas comunidades cristãs, tendo para isso estabelecido diálogo e uma interação cultural com essas sociedades e civilizações. Os jesuítas tiveram então um papel preponderante na difusão da cultura oriental no ocidente. Muitos foram os escritos que surgiram, na forma de tratados e epístolas, sobre o oriente, com os mais diversos temas tais como as condições geográficas, a meteorologia, os costumes, a cultura, a política interna, a gastronomia e as suas maneiras de curar.

Os Jesuítas, que empreenderam missão no Japão, na China e em Macau, países nos quais tiveram contacto com a medicina tradicional chinesa, atraídos por esta exótica modalidade terapêutica, assim como pela farmacopeia chinesa realizaram vários estudos e pesquisas nessa área, tendo traduzido e compilado vários trabalhos sobre a medicina tradicional chinesa que divulgaram na Europa (Qichen, 1994). Os jesuítas tiveram então um papel essencial na divulgação da Medicina Tradicional Chinesa pela Europa.

A descoberta do Japão pelos portugueses no ano de 1543 deu início a intercâmbios comerciais e culturais entre os dois países (Vieira, 2015). A Companhia de Jesus, apoiada pelo império português através do sistema do padroado régio, chegou ao Japão em 1549 (Pelliccia, 2017 p. 632).

O jesuíta castelhano Francisco Xavier (1506-1552) cofundador da Companhia de Jesus, um dos primeiros a chegar ao Japão, foi autor da primeira narrativa escrita sobre a Medicina Tradicional Chinesa na Europa (Scognamillo-Szabó & Bechara, 2010).

Luís Fróis (1532-1597), jesuíta português que chegou ao porto de Yokoseura na ilha japonesa de Kyushu em julho de 1563, um dos autores europeus que mais escreveu sobre o Japão durante o século XVI, na sua obra o “*Tratado*” faz referência à técnica de diagnóstico “medição da pulsação” realizada no Japão que se baseava nos princípios taoistas da medicina tradicional chinesa, designadamente na teoria do yin-yang.

Macau, colónia portuguesa de 1557 a 1999 (Bernice, 2017), devido à sua vantajosa localização teve um papel preponderante no intercâmbio comercial e cultural entre o oriente e o ocidente, tendo sido a «*primeira porta para entrar na China*» (Jiang, 2016, p. 35). O intercâmbio cultural da China com o Ocidente começou com a entrada dos portugueses em Macau, na dinastia Ming, em 1553 (Qichen, 1994). Macau entre meados do século XVI e final do século XVIII tornou-se uma ponte de ligação e interpenetração cultural entre a China e os emissários dos países europeus que ali chegaram (Qichen, 1994, p. 153). A Companhia de Jesus chegou a Macau em 1555 (Marques, 2015), no entanto, apenas conseguiu instalar-se na China em 1582, após um período decorrido em Macau que lhe possibilitou conhecer a língua e costumes da China, assim como estabelecer uma rede de contactos políticos e comerciais (Qichen, 1994; Marques, 2015). Os jesuítas traduziram e divulgaram vários trabalhos sobre medicina tradicional chinesa na Europa (Qichen, 1994), tais como o “*Diagnóstico através do Feeling the Pulse na China*”, publicado em francês em 1671.

Jean-Baptiste Du Halde um padre jesuíta francês, historiador, foi autor de uma obra constituída por quatro volumes sobre a história, cultura e sociedade da China “*Description géographique, historique, chronologique, politique, et physique de l’empire de la Chine et de la Tartarie chinoise*”, de 1735 (Qichen, 1994). O terceiro volume incluía traduções de excertos do livro Mai jing, um trabalho clássico sobre diagnóstico por meio da pulsação, do Compêndio de Ciências Médicas (designado de Bencao Gangmu) e do livro chinês Shennong Bencaojing (Qichen, 1994). Du Halde com esta publicação contribuiu de forma bastante relevante para que a medicina chinesa ficasse conhecida na Europa (Qichen, 1994).

No que se refere à acupuntura, no século XVII, os médicos, Jacob de Bondt (1642) dinamarquês, Willem Ten Rhijne (1683) holandês, e Andreas Cleyer (1682) e Engelbert Kaempfer (1712) alemães, realizaram os primeiros escritos médicos na Europa sobre esta prática terapêutica (Scognamillo-Szabó & Bechara, 2010).

Iniciou-se um período de interesse pela Medicina Tradicional Chinesa, principalmente pela acupuntura, no Ocidente. No entanto, até ao século XIX o conhecimento sobre a Medicina Chinesa era superficial, sendo o Dr. Joseph Berlioz da Escola Médica de Paris, por volta de 1810, a introduzir a acupuntura como prática terapêutica na Europa, ainda que de forma bastante primitiva e mesmo distante das técnicas da medicina chinesa (Fróio, 2006, p. 36). Foi, deste modo, França o primeiro país europeu a praticar acupuntura (Fróio, 2006). Berlioz (1816) publicou o livro “*Mémoire sur les maladies chroniques, les évacuations sanguines et l’acupuncture*” (Schippers 1993; Michel, 2005; Dallas, 2008 cit. por Scognamillo-Szabó & Bechara, 2010).

Na Alemanha a primeira publicação, em língua alemã, sobre acupuntura é feita em 1824 com a tradução da obra “*A treatise on acupuncture*” do inglês James M Churchill (Hempfen, 2010). Em 1825, Jean-Baptiste Sarlandiere, dá início à eletroacupuntura ao adaptar a técnica do Galvanismo, designadamente aplica a corrente elétrica direta em agulhas de acupuntura para tratamento de dores articulares (Macdonald, 1993 cit. por Scognamillo-Szabó & Bechara, 2010, p. 493). Na Suécia Gustav Landgren (1829), na sua tese de doutorado, faz revelações pertinentes sobre a acupuntura ao concluir que “As agulhas devem ser colocadas o mais próximo possível do nervo sobre o local doente ou na origem deste nervo, quando então o efeito será mais notado” (Scognamillo-Szabó & Bechara, 2010, p. 493). Por sua vez nos Estados Unidos, o médico canadense Sir William Ostler, no seu livro “*Princípios e Prática da Medicina*”, em 1892, refere que a lombalgia e a dor ciática podem ser tratadas com a acupuntura (Holmdahl, 1993; White & Ernst, 2004 cit. por Scognamillo-Szabó & Bechara, 2010). No fim do século XIX o interesse e aplicação pela designada técnica da Medicina Tradicional Chinesa, a acupuntura, cai em declínio.

Contudo no início do século XX, na França, é reavivado o interesse pela acupuntura através do diplomata francês Soulié de Morant (1930) que desempenha um papel essencial, na difusão da Acupuntura e da Medicina Tradicional Chinesa não só na França como também nos restantes países da Europa (Scognamillo-Szabó & Bechara,

2010; Fróio, 2006). Morant ao traduzir os tratados médicos chineses que, até então, eram desconhecidos pelos médicos ocidentais, dá a conhecer ao Ocidente os fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa, tais como a teoria do Yin/Yang ou dos Cinco Movimentos. No entanto, de acordo com alguns autores, Morant apesar da sua inquestionável contribuição na divulgação da Medicina Tradicional Chinesa, nas suas traduções produziu alguns erros que influenciaram o modo como a Medicina Tradicional Chinesa foi compreendida na Europa e Ocidente (Scognamillo-Szabó & Bechara, 2010; Unschuld, 2018). Unschuld (2018) afirma que Morant cometeu dois erros essenciais: a introdução do termo "meridiano" que este considera inadequado e equívoco, mas que se tornou um termo padrão na tradução; e a definição do conceito de qi como "energia" quando na teoria da medicina chinesa nada refere este conceito.

### **A História da Medicina Tradicional Chinesa e da Acupuntura em Portugal**

Em Macau, colónia portuguesa até 1999, a Medicina Tradicional Chinesa é praticada desde o século XIX (Bernice, 2017). Em 1871 foi fundado o Hospital Kiang Wu, o primeiro hospital a praticar Medicina Tradicional Chinesa. O Hospital Kiang Wu essencialmente dirigido à população chinesa, era propriedade de uma associação de beneficência chinesa (Pon 2019; Scarpa, 1965; Bernice, 2017; Ferreira, 2006). Sun Yat-Sem, fundador da República da China, exerceu medicina nesse hospital, tendo introduzido a prática da medicina ocidental nesse estabelecimento de saúde (Pon, 2019; Ferreira, 2006). A medicina ocidental progressivamente foi tomando o lugar da Medicina Tradicional Chinesa neste estabelecimento hospitalar (Bernice, 2017). Em 1944 o Hospital Kiang Wu deixa de oferecer cuidados de Medicina Tradicional Chinesa, tendo, no entanto, em meados da década de 1980 reiniciado os serviços da Medicina Tradicional Chinesa (Bernice, 2017).

Neste território foi criada em 1892, a Associação de Beneficência “Tong Sin Tong” por iniciativa de Pao Kai Ming e Leong Yok Ming, entre outros, como os abastados comerciantes Lou Kau, Ho Lin Vong e Cheung Ging Tong, que tendo como princípio a entreatajuda da classe mais pobre da comunidade chinesa local, tinha diversos serviços gratuitos de apoio à população, sendo o serviço médico, designadamente várias

consultas médicas na área da Medicina Tradicional Chinesa, e uma farmácia tradicionalista chinesa, dois deles (Bernice, 2017; Scarpa, 1965<sup>105</sup>).

Contudo, apesar da medicina tradicional chinesa ser praticada no território de Macau no século XIX, esta era objeto de muitas críticas, não sendo efetivamente aceite. Segundo Oliveira (2000 cit. por Ferreira, 2006), o hospital Kiang Wu era um hospital tolerado. Ferreira (2006) refere que tendo em atenção esta afirmação de Oliveira, podemos concluir que os hospitais aprovados eram os que praticavam a medicina ocidental que se apresentava com seus métodos e teorias como oposta à medicina tradicional chinesa que era tolerada enquanto serviço prestado à população chinesa. No Jornal Eco Macaense produzido e publicado em Macau, de julho de 1893 a setembro de 1899<sup>106/107</sup>, o Hospital Kiang Wu era descrito como uma inutilidade,

*“porque os seus médicos “não apresentam nenhuma garantia dos seus conhecimentos, tendo alguns d’elles sahido da classe de vendilhões de hortaliça e de carregadores de água. (...) Os médicos mudam-se de tres em tres mezes, e tendo alguns d’elles sahido da classe de vendilhões de hortaliça e de carregadores de água. (...) Os médicos mudam-se de tres em tres mezes, e quando são engajados não se trata de saber se elles são ou não habeis na arte medica, mas olha-se só para a recommendação e empenho dos directores”* (Ferreira, 2006, pp. 159-160).

Em Portugal Continental a Medicina Tradicional Chinesa, ao contrário de Macau e de outros países europeus, não parece ter sido praticada antes do século XX, apesar de tal como refere Joana Almeida (2011; 2012) ser nosso parecer que este tema deve ser objeto de investigação mais profunda. No que se refere à Medicina Tradicional Chinesa não encontramos referências bibliográficas referentes à sua prática em Portugal nos séculos XVIII e XIX.

O livro do Marechal Duque de Saldanha “O Estado da Medicina em 1858”, que descreve na opinião do autor os sete sistemas terapêuticos praticados em Portugal no ano de 1858, designadamente a Allopatia, o Chrono-Thermal, a Homeopathia, o Sistema Negativo, o Methodo de Raspail, a Hydroterapia e por último o Mesmerismo ou Magnetismo Animal, não menciona a Medicina Tradicional Chinesa ou a Acupuntura, o

---

<sup>105</sup> <https://www.revistamacau.com/2017/04/12/associacao-de-beneficencia-tung-sin-tong-o-porto-seguro-de-quem-perdeu-o-no>

<sup>106</sup> Esta publicação teve uma interrupção entre 6 de novembro de 1895 a 2 de fevereiro de 1896

<sup>107</sup> O Jornal Eco Macaense teve como responsável e proprietário Francisco Hermenegildo Fernandes colaborador da imprensa portuguesa local, antes de regressar a Macau, com exceção do período entre 26 de Abril de 1896 a 11 de abril de 1897, em que o seu cargo foi desempenhado por Pedro Nolasco da Silva.



que revela que este sistema terapêutico podia talvez até ser conhecido em Portugal mas não era objeto de grande adeptos ou interesse no nosso país na época.

Dulce Pombo (2010) na sua tese de mestrado “*Modelos Terapêuticos em Movimento no Portugal do Século XIX: atores, discursos e controvérsias*”, tendo como objetivo mapear os modelos terapêuticos em Portugal durante o século XIX, e analisando para isso a obra do Marechal Duque de Saldanha já mencionada, entre outros documentos como os periódicos “Gazetas Homeopáticas Portuense e Lisbonense”, “Gazetas Médicas”, “Jornal das Ciências Médicas de Lisboa”, “Jornal do Médico”, “O Instituto de Coimbra”, “Médico” e as revistas “Medicina Contemporânea”, “Universal Lisbonense” e a “Médica Portuguesa de Lisboa”, concluiu que eram treze os sistemas terapêuticos vigentes na época em Portugal, não sendo nenhum deles a medicina tradicional chinesa ou a acupuntura.

## **4.2 Período que vai da primeira metade do Século XIX à década de 70 do Século XX**

### **4.2.1 O Eclipse das Medicinas Alternativas e Complementares**

O eclipse das medicinas alternativas e complementares, no sentido projetado por Bakx (1991), ou seja, o declínio, visto como produto do desenvolvimento do capitalismo, que levou à urbanização e modernização, foi um período que teve início com a apropriação hegemónica da medicina científica no mundo ocidental. Isto, no entanto, não significou o desaparecimento completo das MAC, estas mantiveram-se ainda que de forma muito ténue (Cant & Sharma, 1999, p. 6).

Do início do século XVI a meados do século XIX existia um campo indiferenciado e diversificado de indivíduos que afirmavam serem capazes de curar das mais diferentes maneiras, ou seja, existia um pluralismo de assistência à saúde, nomeadamente herbalistas, curandeiros, leigos chamados 'mulheres sábias' ou 'homens astutos', médicos, cirurgiões e farmacêuticos praticavam num mercado que não apresentava qualquer restrições ou regulamentos no que se refere ao exercício da suas atividades, não existindo na época o que designamos hoje oficialmente de medicina ortodoxa (Saks, 2005a). A distinção entre a medicina ortodoxa e as restantes práticas de saúde surge em meados do século XIX na Grã-Bretanha, na Austrália e nos EUA com a prominente ascensão da profissão biomédica conseguida através da aliança com o estado que permitiu a institucionalização do ensino do conhecimento médico e a legalização profissional ao contrário de todas as outras formas de cura que passaram a ser praticadas de forma marginal (Singer & Fisher, 2007; Pegado, 2017; Almeida, 2012a; Cant, 2005; Saks 2003).

A Lei de Registo Médico de 1858 na Grã-Bretanha e o Relatório Flexner de 1910 nos Estados Unidos da América são dois marcos históricos considerados fundamentais para a hegemonia da biomedicina (Cant, 2005; Pagliosa & Da Ros, 2008).

A Lei de Registro Médico de 1858 surgiu como resultado do lobby liderado pela Associação Médica e Cirúrgica Provincial que mais tarde se tornou a Associação Médica Britânica, e não propriamente devido ao reconhecimento da cientificidade da medicina ou da eficiência dos seus resultados terapêuticos. Na época ainda não tinham descoberto as técnicas assépticas e antissépticas, a anestesia não era usada em operações cirúrgicas, o que implicava uma série de riscos e os hospitais ainda eram vistos negativamente (Saks 2003). No período que antecedeu a Lei de Registro Médico de 1858 a profissão médica emergente realizou diversos ataques aos grupos profissionais de saúde rivais apelidando-

os de charlatões, incompetentes e de uma ameaça ao público, através dos principais órgãos médicos jornalísticos como o *Provincial Medical and Surgical Journal* e o *Lancet* (Saks 1995 cit. por Saks, 2015a, p. 33). Em meados do século XIX, após dezassete projetos de lei e muito debate parlamentar foi aprovada a Lei de Registro Médico de 1858, a legislação que estabelece a profissão médica britânica e concede o monopólio dos serviços de saúde no mercado à classe médica. Com a criação de uma profissão médica na Grã-Bretanha os herbalistas, curandeiros e leigos conhecidos como “mulheres sábias” ou “homens astutos”, que até à data competiam com o mesmo nível de status que os médicos, (Cant & Sharma, 1999), passaram para a marginalidade.

A distinção entre a medicina e as restantes práticas de saúde que surge em meados do século XIX na Grã-Bretanha resulta deste modo de um processo formal essencialmente político e não científico (Saks, 2015a, p.33).

A marginalização das MAC baseada na operação de poder e interesses do mercado pode ser compreendida através da abordagem neo-weberiana de Saks, na qual o conceito de profissionalização centrado no “fechamento social de exclusão legalmente delimitado no mercado das profissões que ao elevar a posição da medicina ortodoxa sustenta a falta de poder dos praticantes das MAC e sua posição como outsiders” (Saks, 2015a, p. 31).

O Relatório Flexner de 1910 nos Estados Unidos da América, nome dado ao estudo “*Medical Education in the United States and Canada*” realizado por Abraham Flexner a pedido da Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, “considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA)” teve “profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial” (Pagliosa & Da Ros, 2008, p. 493). O Relatório Flexner foi crucial para o ensino e prática médica devido: - ser bastante abrangente, - nomeadamente a avaliação realizada atingiu não apenas as escolas de biomedicina mas também as escolas das medicinas alternativas e complementares; - ter sido realizada avaliação a um número substancial de escolas (155 escolas médicas dos EUA e do Canadá); - ser dada grande ênfase sobre as bases científicas; e, por fim ter sido dirigido essencialmente ao público em geral (Pagliosa & Da Ros, 2008). Este relatório nos EUA teve como consequência no que se refere às medicinas alternativas e complementares, o

fecho de várias instituições de ensino destas terapêuticas levando a que o seu número de praticantes diminuiu-se significativamente (Pagliosa & Da Ros, 2008).

A hegemonia da biomedicina não pode, no entanto, ser explicada apenas pela Lei de Registo Médico de 1858 na Grã-Bretanha e o Relatório Flexner de 1910 nos Estados Unidos da América, na medida que a ascensão deste sistema de saúde consistiu simultaneamente num processo sociopolítico com fatores contextuais, estruturais científicos e políticos análogos no mundo ocidental, e num processo complexo histórico-temporal e internacional com diferenças no que se refere à Grã-Bretanha, à Austrália, aos EUA (Singer & Fisher, 2007) e a outros países ocidentais, como poderemos verificar nomeadamente relativamente a Portugal.

Muitas pesquisas têm sido realizadas relativamente à hegemonia médica sendo segundo Cant e Sharma (1999, pp.10-11) três as vertentes destas pesquisas:

- 1.º Uma pesquisa histórica que “descreve o surgimento da biomedicina como uma maneira poderosa de conhecer o corpo e descreve o surgimento de uma profissão médica privilegiada pelo estado (por exemplo, Larkin 1983, Stacey 1988)”. A biomedicina sofreu a influência de Foucault passando o poder médico a ser compreendido “em termos do exercício do "biopoder" e a prática médica em termos das formas modernas de vigilância das populações, uma emanção da governamentalidade (Lupton 1995, p. 6)”;

- 2.º Nesta vertente a pesquisa está centrada “na tradição de micro-estudos da clínica biomédica, que expõe as maneiras pelas quais os médicos são capazes de controlar a conversa e a interação de tal maneira que a “voz da medicina”, como Mishler a chama, marginaliza a “voz do mundo da vida”;

- 3.º Por último a terceira vertente questiona “como e por que mais e mais áreas da vida passam a ser "medicalizadas" em primeiro lugar, isto é, definidas como questões para a clínica biomédica”.

(Cant & Sharma, 1999, pp.10-11)

Nestas três vertentes está subjacente o poder da biomedicina na sociedade contemporânea que das mais diversas formas se tem promiscuído nas comunidades e nos seus vários contextos sociais, educacionais, políticos, religiosos e económicos. A biomedicina conseguiu, independentemente do contexto socio histórico de cada país,

estabelecer o seu conhecimento dito como científico como padrão validado e aceite, adquirindo deste modo poder hegemónico e legitimidade não só na esfera da assistência à saúde como refere Willis (1989 cit. por Singer & Fisher, 2007) como nos diversos domínios das sociedades ocidentais nas quais se apresenta como metanarrativa, tendo subjacente “a crença de representar um metasaber, uma verdade única, universal e globalizante” (Nogueira, 2018, p. 1019).

Nogueira (2018, p. 1019) explica a construção do poder hegemónico por parte da biomedicina, de uma forma que nos parece bastante completa e abrangente, através de quatro principais pilares que passaremos a transcrever literalmente devido estes nos permitem posteriormente descrever e compreender o contexto socioeconómico e político em que se deu esse mesmo processo hegemónico em Portugal:

### **1- A ligação umbilical da biomedicina à ciência moderna e à sua trajetória de colonização**

A ciência moderna afirmou-se como única forma de conhecimento válido, tendo por base não apenas os princípios materialistas, dualistas e deterministas de Descartes e Newton, ou seja, os princípios epistemológicos que estiveram na sua origem, mas também razões económicas, sociais e políticas (Nogueira, 2018). A ciência moderna, que possibilitava, com a sua tecnologia, prosperidade material e social, associou-se ao emergente capitalismo e

*“conquistou o privilégio de definir não só o que é ciência, mas, muito mais do que isso, o que é conhecimento válido (Santos; Meneses; Nunes, 2004, p. 19)” e “empreende verdadeiro projeto de asfixia da validade dessas epistemologias outras (Meneses, 2008, p. 6 Cit. por Nogueira, 2018, p. 1022), expedindo-as para posições de inferioridade (Mignolo, 2003; Santos, 2007; Santos; Meneses; Nunes, 2004); a partir daí, elas passam a ser declaradas como não existentes ou descritas como reminiscências do passado»(Meneses, 2008, p. 6)”. “(...) A biomedicina é na medida em que se encontra tão visceralmente vinculada à racionalidade científica moderna que se consolida, ela própria, como «regime de verdade» (Foucault, 1992) ou «metanarrativa» (Lyotard, 2003), colonizando e deslegitimando todos os outros saberes terapêuticos ou sistemas de cura, tenham eles sido produzidos nas modernas sociedades ocidentais, nos países do oriente ou nos chamados países do Sul” (Cit. por Nogueira, 2018, p. 1022).*

## **2 - O processo de anatomoclínica e o modo como, por esse processo, a biomedicina se estabeleceu como poder normativo/regulador, passando a auferir legitimidade e proteção por parte dos Estados**

A biomedicina para se consolidar como metanarrativa como descrito no primeiro pilar foi necessário que houvesse uma transformação nos espaços hospitalares que a partir de finais do século XVIII deixam “de ser um local de “assistência aos pobres” *para se transformarem numa escola (Foucault, 1977, p. 77), (...) onde são criadas as condições para a realização das observações necessárias ao estabelecimento das descrições anatomopatológicas”* que possibilitam “a movimentação epistemológica que instaura uma nova racionalidade médica – a científica...”. A clínica passa a ter como principal objetivo transformar casos individuais “em modelos descritivos e explicativos das doenças, a partir dos quais são construídos sistemas classificatórios de diagnósticos” deixando a prática médica de ser regida pela saúde para ser governada pela norma e sua incessante reprodução ( Nogueira, 2018, p. 1023). “A nova visão médica reducionista, fortemente influenciada por Descartes e Newton”, encontra-se deste modo fortemente associada ao capitalismo que tinha como principal finalidade a máxima rentabilidade económica e que compreende “o organismo humano como espécie de prolongamento da maquinaria industrial”(Nogueira, 2018, p. 1023). “Com o capitalismo emergente, o corpo é, então, transformado numa “realidade biopolítica”, no mesmo passo em que a medicina científica moderna é convertida na sua estratégia primordial” (Foucault, 1992 cit. por Nogueira, 2018, p. 1023). O biopoder manifesta-se através de duas formas principais, relacionadas entre si:

- ✓ a “anatomopolítica do corpo humano”, que tem início no século XVII e diz respeito a “*um conjunto de procedimentos disciplinares que concebem o corpo como máquina, reclamando o seu adestramento, a ampliação das suas aptidões, a extorsão das suas forças e sua docilidade, com o objetivo de maior utilidade, aproveitamento económico e integração em sistemas de controlo (Foucault,1980,1999 cit. por Nogueira, 2018, pp. 1023 - 1024)*”;
- ✓ e a “biopolítica da população” que se desenvolve a partir de meados do século XVIII e consiste “*num conjunto de intervenções e controlos reguladores do “corpo-espécie” – a saúde, a natalidade, a longevidade, a mortalidade etc. –, com base na ideia de que a “população” constitui*

*uma questão económica e política (Foucault, 1999 cit. por Nogueira, 2018, pp. 1023-1024)”. A biomedicina contribui deste modo “para a tão desejada ordem do corpo social, passando assim a auferir, da parte dos Estados, o «testemunho de validade e a proteção legal»” (Foucault, 1977, p. 21 cit. por Nogueira, 2018, pp. 1023-1024).*

### **3- A suposta maior eficácia da biomedicina no quadro de sua maior compatibilidade com os novos imperativos capitalistas**

A partir dos finais do século XIX os sectores operários aderem à biomedicina na sequência do reconhecimento dos seus efetivos resultados terapêuticos, nomeadamente no que se refere ao tratamento de acidentes laborais que na época eram frequentes e graves devido às péssimas condições laborais em que exerciam atividade (Menéndez, 2005 cit. por Nogueira, 2018). Para além disso foi atribuído à biomedicina o papel fundamental de reduzir as doenças infecciosas que nesse período histórico eram uma das principais causas de morte e afetavam essencialmente os setores operários, apesar de alguns autores atribuírem a redução das mortes por doenças infecciosas a outros fatores como o melhoramento das condições de vida (nutrição, higiene e salubridade) (Capra, 1982; Menéndez, 2005 cit. por Nogueira, 2018). No cenário económico capitalista da época adoecer significava deixar de trabalhar e correr o risco de ficar desempregado e de deixar a sua família sem meios de subsistência pelo que restaurar de forma imediata o estado de saúde após adoecer era essencial e necessário (Menéndez, 2005 cit. por Nogueira, 2018). Neste cenário a biomedicina revela-se uma resposta terapêutica muito mais compatível com as novas vivências quotidianas capitalistas do que as práticas terapêuticas tradicionais “cujos processos terapêuticos se baseiam num relativo maior respeito pelos ritmos naturais e biológicos do organismo humano” (Nogueira, 2018, p . 1025).

Em meados do século XIX a teoria dos germes proposta por Pasteur (1822-1895) e Koch (1843-1910), respetivamente na França e na Alemanha, estabeleceu um modelo monocausal de explicação da doença, que se torna predominante e leva progressivamente “«ao obscurecimento de concepções que destacavam a multicausalidade das doenças»” (Bastos, 2002, p. 74) e defendiam, para sua erradicação, a atenção a fatores de ordem extrabiológica” (Lock; Nguyen, 2010; Queiroz, 1986 cit. por Nogueira, 2018, p . 1025), e à revolução farmacoterapêutica, que teve início nos primeiros anos do século XIX, e sofre enorme impulso com a descoberta dos microrganismos responsáveis pelas doenças infecciosas. Paul Ehrlich (1854-1915), com suas descobertas revolucionárias no

tratamento da sífilis, uma das doenças mais mortais e temidas há vários séculos, designadamente o “milagroso” medicamento Ehrlich vem estabelecer “o primado da ação terapêutica do medicamento e da sua capacidade de atuação, relativamente à força curativa da natureza” (Pita, 2006, p. 50 cit. por Nogueira, 2018), mobilizando a farmacologia para o centro da intervenção médica, colocando “a terapêutica experimental no patamar das disciplinas científicas” (Pita, 2006, p. 49 cit. por Nogueira, 2018, p. 1026).

*O “fármaco passa a figurar como um dos elementos mais populares da biomedicina e um dos maiores símbolos da sua eficácia ajustando-se de forma perfeita à nova conceção de “urgência terapêutica”, incentivada pelos novos estilos de vida da era capitalista. E, na mesma medida em que significa crescente manifestação de confiança na ciência, representa um retrocesso no recurso a soluções terapêuticas não farmacológicas – não científicas –, sujeitando-as a um progressivo processo de descredibilização e desqualificação social” (Lopes, 2010 cit. por Nogueira, 2018, p. 1027).*

A teoria microbiana “ao difundir a ideia de que a origem de todas as doenças individuais e coletivas residia na proliferação de germes, veio incentivar a intervenção na ordem social (...) como monitorização de fatores de contágio e propagação das doenças infecciosas pela implementação de medidas de carácter higienista” (Nogueira, 2018, p. 1026). A medicina científica moderna ao objetivar a saúde de toda a coletividade, ganha um poder regulatório, “... com a atribuição, por parte dos Estados, do papel de policiamento da implementação dessas medidas” (Foucault, 1992; Lock; Nguyen, 2010 cit. por Nogueira, 2018, p. 1026) que tinham como finalidade o “controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas para as classes mais ricas” (Foucault, 1992, p. 97 cit. por Nogueira, 2018, p. 1026).

*“Iniciando se na Inglaterra e rapidamente se disseminando por toda a Europa, essa atribuição de poderes à biomedicina, por parte dos Estados, é fundamental na compreensão da construção da sua legalidade e autoridade pública, no âmbito de um processo em que a progressiva aquisição do monopólio dos atos terapêuticos se traduz, concomitantemente, numa «desapropriação do saber popular em saúde»” (Catão, 2011, p. 79 cit. por Nogueira, 2018, p. 1026).*



#### **4 - A constituição de forte movimento profissional biomédico e suas estratégias de fechamento na construção de sua hegemonia.**

*“A constituição de uma forte corporação profissional foi um elemento fundamental no modo como a biomedicina veio a conseguir “superar as medicinas concorrentes (Luz, 2014, p. 19). A história do processo de dominação da biomedicina liga-se, com efeito, à história da constituição, no seu próprio seio, de um forte movimento profissional, investido, desde o início, de um conjunto de esforços tendentes à monopolização dos cuidados de saúde, mediante estratégias de pressão institucional” (Nogueira, 2018, p. 1027).*

O Medical Registration Act de 1858, no Reino Unido e a publicação, em 1910 do documento “Medical education in the United States and Canada: a report to The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching”, de autoria de Abraham Flexner, já referidos, foram marcos importantes para a história da profissionalização biomédica. O Medical Registration Act de 1858 cria

*“...o General Medical Council (GMC), mediante o qual é conferido à profissão médica – biomédica – o direito de se autorregular, bem como o monopólio do título de médico, baseado num registo oficial de praticantes policiados pelo próprio GMC (Saks, 2005, p. 201). Esse movimento veio reivindicar o direito de submeter as práticas médicas ao crivo da cientificidade, estabelecendo seu próprio conhecimento como o único válido e aceitável, conquistando assim o poder de desacreditar outras filosofias e práticas terapêuticas concorrentes, classificando-as como inapropriadas e ilegítimas e, portanto, como desmerecedoras da legitimação e apoio estatal” (Cant; Sharma, 1996; Frohock, 2002; Saks, 2005 cit. por Nogueira, 2018, p. 1027).*

O Relatório Flexner ao levar ao encerramento de um elevado número de escolas médicas nos estados norte-americanos, e a que apenas um número reduzido de instituições de ensino fossem consideradas como aptas para lecionar, na sequência de respeitar os necessários padrões de positividade, provocou uma enorme diminuição e limitação da oferta do ensino médico. O movimento profissional biomédico conseguiu deste modo a consolidação do fechamento e monopolização da área da saúde, nomeadamente que “seus serviços se tornassem bens altamente escassos e detentores de elevado prestígio e status social” (Saks, 2003 cit. por Nogueira, 2018, p. 1029).

*A “... enorme força dos movimentos médicos vai conseguindo persuadir os Estados a restringir o financiamento da formação médica a escolas de medicina convencional, a*

*introduzir sistemas de acreditação e requisitos de licenciamento, bem como a codificar as práticas médicas lícitas, diferenciando as das práticas irregulares (Frohock, 2002 cit. por Nogueira, 2018, p. 1027)”.*

A profissão biomédica, em meados do século XX, devido à reforma flexneriana da educação médica, ao suporte (legal e financeiro) crescentemente prestados pelos Estados (Saks, 2003) e à persistente reafirmação do método científico, visto como verdade única e universal, válida para todos os tempos e lugares do mundo (Bakx, 1991) tinha alcançado uma forte posição de poder nos países ocidentais, principalmente nos Estados Unidos e Reino Unido (cit. por Nogueira, 2018).

Estes quatro pilares apesar de nos parecerem bastante completos e complexos, compreendendo o processo de consolidação da biomedicina e da consequente marginalização das medicinas alternativas e complementares, de forma bastante ampla contemplando diversas teorias e perspectivas teóricas e por isso servirem de enquadramento para a nossa apresentação do processo de consolidação da biomedicina e marginalização das MAC no nosso país, não podem ser vistos como expressando na totalidade a nossa perspectiva teórica, na medida em que este artigo seguiu uma linha de investigação sociológica particular que reflete os interesses científicos e motivações pessoais da própria autora. Contudo estes quatro pilares identificam um conjunto de fatores socioeconómicos, políticos e culturais, assim como o desenvolvimento de processos estruturais, num contexto histórico, que permitem não só compreender refletidamente o contexto histórico da saúde em Portugal como também o próprio processo de consolidação da biomedicina em Portugal que apresenta, no entanto, algumas diferenças culturais e históricas como veremos adiante.

#### **4.2.2 A Ascensão do Poder Médico e a Marginalização das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal**

Ao analisarmos a história da saúde em Portugal deparamo-nos com o facto de que a medicina ortodoxa desde o início teve o patrocínio/proteção das instituições oficiais governamentais. O ensino do conhecimento biomédico em Portugal foi instaurado em Portugal sob os auspícios da Coroa ainda na Idade Média. D. Dinis perante a solicitação do clero, fundou em 1290 a primeira universidade portuguesa, a Universidade de Coimbra da qual fez parte desde a sua fundação a Faculdade de Medicina. Contudo é de salientar que nesta época existiam outros praticantes de cura, não licenciados em medicina pela Universidade Portuguesa, mas que exerciam a sua atividade em igualdade de circunstâncias - tais como barbeiros, habilidosos que praticavam cirurgia que nesse período histórico não era ensinada na universidade, médicos judeus com formação adquirida em universidades estrangeiras, curandeiros, parteiras, etc.,- na medida que todos eles apenas poderiam exercer se possuíssem um certificado com selo real emitido pelo físico-mor do Reino na sequência de prévia avaliação e aprovação. Posteriormente com a reforma do ensino pombalina a educação passou a ser tutelada pelo Estado e a ser compreendida como um dever público (Falcão & Neta, 2021). A partir da instituição do Alvará de 28 de junho de 1759, que extinguiu todas as escolas regulares regidas pelo ensino dos jesuítas, é realizada uma ampla reforma no ensino português. Em 1772 são criados os Novos Estatutos da Universidade de Coimbra (Nunes, 2011). Neste documento de 1772 os estatutos da Universidade de Coimbra são reformulados e os cursos modernizados, tendo sido implantado o estudo de teorias que até à data não tinham sido adotadas, tais como as descobertas de Harvey sobre a circulação do sangue, as teorias de Albinus na anatomia, as de Boerhaave em patologia e as de Van Swieten em farmacologia (Nunes, 2011). Com os Novos Estatutos da Universidade de Coimbra de 1772 o ensino da medicina ortodoxa passa a ter a participação direta do Estado que, tendo como objetivo uma rutura com o ensino precedente que se revelava, segundo o regime político instituído, obsoleto e retrogrado em comparação com o que se praticava na Europa, pretendia antes de tudo, promover o desenvolvimento social, económico e tecnológico da nação. Constatamos desta forma que por trás deste impulsionamento do ensino da medicina estão sobretudo objetivos políticos e económicos.

No início do século XVIII, o sistema de saúde do país era objeto de várias críticas pois tendo em atenção que apenas existia um hospital de referência, o Hospital de Todos

os Santos (Lisboa), que as misericórdias se encontravam descapitalizadas em resultado de más gestões administrativas, que as instituições de controlo sanitário estavam desatualizadas, e o curso de medicina era exclusivamente teórico, este apresentava-se débil (Abreu, 2017, p. 8). É de salientar que não era só no campo da saúde que o país se encontrava desatualizado relativamente à Europa, o país apresentava um atraso em todos os sectores, designadamente económico, político e tecnológico. A reforma de ensino pombalista perante este cenário, e tendo antes de tudo como objetivo reforçar o poder económico da nação e consequentemente o poder estatal, ou seja, régio, pretendia formar pessoal qualificado que pudesse ocupar os quadros burocráticos e expandir o país em vias de industrialização, através de conhecimento técnico e especializado. O Reitor da Universidade de Coimbra, D. Francisco de Lemos, fiel seguidor da reforma pombalista, manifesta de forma bastante clara este objetivo da reforma de ensino pombalista ao defender que

*“Não se deve olhar a universidade como um corpo isolado e concentrado em si mesmo (...), mas sim como um corpo formado no seio do Estado, por meio de Sábios, que queria difundir a Luz da Sabedoria por todas as partes da Monarquia para animar e vivificar todos os ramos da Administração Pública e para promover a felicidade dos homens, ilustrando os seus espíritos com as verdadeiras noções do justo, do honesto, do útil e do decoro, formando os seus corações na prática das virtudes sociais e cristãs, e inspirando-lhes sentimentos de humanidade, de religião, de probidade, de honra e de zelo pelo bem público. (...) As ciências não podem florescer na Universidade, sem que o Estado floresça, se melhore e se aperfeiçoe”* (Araújo, 2000, pp. 37-38).

Para o Reitor Reformista o método de aprendizagem experimental das ciências da natureza devia, então, ter como principal objetivo “ o desenvolvimento de novas artes, novas manufaturas, novas fábricas, e o aperfeiçoamento das existentes” (Araújo, 2000, p.189). A participação direta do Estado na institucionalização do conhecimento da medicina, num período em que a biomedicina ainda não tinha alcançado a sua hegemonia, apesar das diversas descobertas científicas, pode por um lado ser explicado pelo movimento iluminista que estava subjacente na reforma pombalista e que preconizava o domínio da razão e o combate ao mito e à superstição, num clara oposição ao jesuitismo que na propaganda pombalista significava entre outros adjetivos obscurantismo, trevas, ignorância e decadência (Nunes, 2011). Por outro lado, os reinados portugueses já nos séculos anteriores tinham mostrado o seu protetorado pela

biomedicina, ainda que os seus saberes não estivessem consolidados nesse período histórico e tal se devesse talvez ao poder eclesiástico que era quem liderava o ensino dessas práticas de cura.

É de salientar que também os estabelecimentos hospitalares são criados sob os auspícios do Estado português, tendo como método terapêutico os primórdios da biomedicina. D. João II, em 1492, fundou o Hospital de Todos-os-Santos, em Lisboa. Mais tarde em 1504, D. Manuel I estabeleceu que a cirurgia fizesse parte da formação médica na Universidade, passando o seu ensino a ser realizado no Hospital de Todos-os-Santos, dando início ao ensino da medicina ortodoxa nos hospitais.

No que se refere à saúde pública, conceito que estava em voga em vários países europeus, também esta foi defendida pela classe médica portuguesa, nomeadamente Luís António Verney ou António Ribeiro Sanches, que fazendo reconhecer as descobertas/avanços do conhecimento médico da época, apelavam ao desenvolvimento de novos projetos de legislação sanitária (Abreu, 2017). Este é mais um setor da medicina que promovendo a prevenção e a saúde das populações apela à intervenção das instâncias governamentais e sobrevaloriza o papel da biomedicina. O Estado tinha um papel crucial no desenvolvimento da saúde pública que tinha subjacente uma medicina preventiva baseada em princípios racionais e científicos (Abreu, 2017, p. 9). Numa época em que o crescimento populacional aumentava e o êxodo dos meios rurais para os centros urbanos se tornava um problema sanitário e de saúde pública na medida que as condições habitacionais eram degradantes e sem qualquer salubridade e propícias ao aparecimento e propagação de epidemias, o saber médico que com o progressivo conhecimento da anatomia e o avanço do conhecimento fisiológico ambicionava mesmo antes de curar, prevenir o aparecimento da doença e evitar a sua propagação, adquire um papel preponderante ao se afirmar como único detentor de um conhecimento tecnológico capaz de combater as epidemias pestilentas que flagelavam as populações. O saber médico deu, deste modo, mais um passo na consagração da legitimação do seu poder ao constringer como refere Garnel (2003, p. 216) “todo o corpo social ao seu poder, em nome de um novo objetivo: a saúde pública”. A saúde das populações passa a ser um objetivo político que, no entanto, só é possível de ser atingido com a competência e a orientação do médico (Garnel, 2003). Este passo evolutivo do saber médico ao longo do século XVIII permitiu que no século XIX o médico se assumisse, como o único detentor de uma tecnologia de poder, ou seja, de um saber/poder, “capaz de socializar o corpo em função da sua força

produtiva” ,”... de um saber/poder sobre a população, que ajudou a tornar mais visível e, por isso, controlável” (Garnel, 2003, p. 216).

A classe médica em Portugal desde muito cedo, como tem vindo a ser revelado nesta pequena síntese da história da saúde no nosso país, que mantém ligações muito estreitas com os órgãos governamentais e utiliza estratégias profissionais e políticas para alcançar uma hierarquia e poder social e profissional. O século XIX, período conturbado politicamente com muitas lutas internas revela isso mesmo. A revolução de 1820 instituiu no país um regime político liberal que permitiu o exercício do direito de petição e mobilizou conseqüentemente o envio de um número considerável de protestos e reivindicações às Cortes Constituintes, órgão legislativo do Estado. O “Projeto do Regulamento Geral de Saúde Pública” de 1821 apresentado nas Cortes por um grupo de deputados, que tem como finalidade sensibilizar para os problemas sanitários existentes na época, expressa de forma bastante explícita a pressão política exercida pelos profissionais da medicina ortodoxa. A comissão redatora do projeto apelando a um “bem maior”, - designadamente afirma “Um dos mais importantes objetos de qualquer governo é conservar a saúde pública dos povos, porque é muito mais útil prevenir a desenvolvimento das moléstias, do que passar pelo penoso trabalho de as tratar à custa de muitos riscos, e despesas” - e identificando as falhas e problemas existentes, referindo que “a polícia médica do interior do Reino pode dizer-se com verdade, que não existia absolutamente”, - requer junto dos órgãos governamentais um cargo profissional com uma posição hierárquica privilegiada (Carneiro, 2007, p. 319). O “Projeto do Regulamento Geral de Saúde Pública” que já preconizava a ambição da classe médica de querer alcançar uma hegemonia profissional, manifesta-se como estratégia organizada e estruturada de uma classe profissional que pretendia submeter todas as outras profissões consideradas suas rivais a uma posição subalterna ou mesmo de exclusão total do mercado. Este Projeto afirmava então que “os empregados de saúde são os médicos, cirurgiões, boticários, e parteiras” e propunha a fundação de duas escolas regulares de Cirurgia, uma em Lisboa e outra no Porto, e a reforma da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (Carneiro, 2007, p. 319). A institucionalização do ensino cirúrgico tinha como um dos seus objetivos o fechamento profissional excludente definido por Saks, na medida que previa que só quem fosse licenciado por uma das três escolas pudesse de futuro exercer cirurgia, apesar de que enquanto as escolas não se formalizassem, deveriam continuar a exercer, profissionais com habilitação obtida através do tradicional exame que, no

entanto, deixava de ser perante os Cirurgião-Mor e passava a ser antes perante os delegados de uma Junta de Saúde Pública, órgão central administrativo, que seria constituída por três médicos, um cirurgião e um boticário (Carneiro, 2007). A classe médica apesar de ainda não ser representada associativamente por um único organismo, revela-se suficientemente organizada e estruturada para empreender uma estratégia de empoderamento profissional, procurando alcançar esse poder através de um conhecimento institucionalizado oficialmente pelos órgãos governativos. No reinado de D. João VI, no ano de 1825 foram criadas as Régias Escolas de Cirurgia, em Lisboa, no Hospital de S. José, e no Porto, no Hospital da Misericórdia (Santo António). Contudo muitas das propostas do “Projeto do Regulamento Geral de Saúde Pública” não foram concretizadas. No ano de 1836 as Régias Escolas de Cirurgia são transformadas em Escolas Médico-Cirúrgicas, sendo unido o ensino cirúrgico ao ensino médico, dando lugar deste modo a um processo de legitimação da formação cirúrgica de tipo superior. No ano de 1866 os licenciados pelas Escolas de Cirurgia de Lisboa e do Porto são oficialmente equiparados para efeitos de concurso público aos da Universidade de Coimbra. A fundação destas duas escolas não resultou, no entanto, apenas de uma questão médica pois como refere João Rui Pita as questões da saúde, tem “uma dimensão pedagógica e política e não apenas especificamente médica” (Pita, 1996, pp. 437- 457), resultou sim da “articulação entre o poder científico e técnico da medicina e o poder administrativo do Estado” (Carneiro, 2007, p. 324). A classe média fazendo-se detentora de um conhecimento considerado e valorizado como superior, o dito científico, menosprezou todos os outros saberes.

Não nos podemos esquecer que neste período histórico a biomedicina estava a alcançar o seu apogeu no mundo Ocidental com descobertas científicas nas mais diversas áreas da medicina o que se refletiu no nosso país, uma nação que manifestava um atraso cultural, industrial, tecnológico e económico relativamente a países como a França e Inglaterra, e que face a isso mostrava uma ânsia por progresso e desenvolvimento das suas estruturas socioeconómicas por forma a se igualar com as potências económicas e industriais da época. Tal pode ajudar a compreender em parte o protecionismo estatal perante a biomedicina que se encontrava num processo de consolidação no nosso país.

A criação das Escolas Médico-Cirúrgicas veio contribuir para a consolidação da hegemonia da biomedicina. Como refere Carneiro (2007) a legitimidade dada ao médico-cirúrgico enquanto professor e investigador, pelo estado reveste-se de um poder

simbólico delegado que possibilitou construir um processo de aquisição de um saber, de um novo conhecimento e um processo de tomada de poder do médico no hospital que derrubou o poder dos religiosos que precedentemente reinavam nestes estabelecimentos. Foucault retrata de forma bastante precisa a ascensão do poder médico no hospital através da simples visita médica nos hospitais:

*“Esta inversão das relações hierárquicas no hospital, a tomada do poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiras, etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar”*(Carneiro, 2007, p. 325).

Garnel (2003) por sua vez refere que a institucionalização do ensino da medicina vem possibilitar a construção de uma identidade profissional. Só os profissionais detentores de um diploma na área da medicina ou cirurgia teriam as competências e conhecimentos necessários para exercer a profissão, significando simbolicamente deste modo como refere Garnel (2003) o diploma uma superioridade intelectual da medicina. O ensino médico ou cirúrgico reveste-se deste modo, assim como o diploma, de uma importância crucial na medida que é este que delimita/demarka o médico ortodoxo de todos os outros profissionais que não possuindo qualificação profissional oficializada exerciam as mais diversas modalidades de cura e rivalizavam com este de forma desigual no mercado da saúde, no qual a classe médica lutava para conquistar o monopólio.

Contudo durante a primeira metade do século XIX apesar das várias tentativas da classe médica para se tornar como única detentora de conhecimento válido e verdadeiro, ou seja, de transformar a biomedicina numa metanarrativa, continuava a existir, um pluralismo de assistência à saúde em Portugal, sendo disso exemplo a prática da naturopatia ou da homeopatia ou da alimentação saudável, apesar de acordo com Veloso (2016) estas terapêuticas serem restritas essencialmente de uma elite culta e viajada. Neste período histórico em que o domínio médico se começa a constituir como força profissional e política na sociedade portuguesa observa-se designadamente no que se refere ao tema de interesse para a nossa investigação, que o surgimento de uma heterodoxia de sistemas de saúde opostos à medicina clássica oficial é visto pela



sociedade em geral e por uma parte da própria classe médica de forma positiva, conseguindo conquistar fervorosos adeptos tanto na população anónima, como na própria classe médica, como em outros domínios da sociedade portuguesa como na política e meio literário e artístico.

Este processo de legitimação da formação cirúrgica de tipo superior provocou, então, neste cenário de heterogenia de assistência terapêutica alguma conflitualidade e lutas profissionais que se deslumbram na literatura médica da época. Carneiro (2007) refere que são visíveis duas lutas de índole profissional, uma relativa à luta pela subordinação das artes de curar tradicionais, tendo como finalidade eliminá-las ou dominá-las, e outra que se desenvolveu no seio do próprio domínio médico-cirúrgico, que consistiu na luta dos diplomados pelas Escolas do Porto e de Lisboa em conseguir a equiparação oficial ao estatuto dos médicos de Coimbra. No que se refere à luta pela subordinação das artes de curar tradicionais é dado salientar que esta se desenvolvia tanto a nível das instâncias organizacionais do ensino médico (escolas médico-cirúrgicas e universidade), como a nível da sociedade médica e a sua imprensa, como inclusive a nível político fazendo-se ressoar nos debates parlamentares e nas posições governamentais e suas instâncias. Perante este novo poder médico as artes de curar tradicionais sofreram segundo Carneiro (2007, p. 328) três diferentes destinos:

*• artes que foram eliminadas – “desaparecendo a certificação tradicional, que se baseava na emissão de licença para o seu exercício mediante exame perante delegados do Físico-Mor ou Cirurgião-Mor; essas artes foram remetidas para a clandestinidade dos meios rurais, sobrevivendo em bolsas de “crendice” popular ou em locais recônditos em que não existiam alternativas médicas (é o caso dos sangradores, dos algebristas, das emplastradeiras); previa-se, contudo, a possibilidade de antigos cirurgiões poderem fazer um exame nas novas Escolas Médico-Cirúrgicas e poderem continuar a exercer o seu ofício, salvaguardando, de alguma forma, direitos adquiridos; • artes que se autonomizaram, tendo como destino de formação uma carreira universitária paralela, ainda que só posteriormente (caso dos farmacêuticos, que ainda tiveram habilitação através de “cursos anexos” nas Escolas Médico-Cirúrgicas e na Faculdade de Medicina); • artes que foram recuperadas pelas instituições escolares, face à dimensão do mercado e do campo de cuidados que cobrem, sendo toleradas, mas procedendo-se ao seu enquadramento técnico e ético em cursos de formação breves, tutelados pelas novas Escolas Médico-Cirúrgicas e Faculdade de Medicina (o caso das parteiras e dos dentistas)”.*

Nós acrescentamos uma outra luta de índole profissional que se desenvolveu neste período e na qual o próprio Passos Manuel se viu envolvido - e de maior interesse para a nossa investigação, - a luta entre o poder médico oficial e as ditas medicinas românticas que surgiram nesta época, nomeadamente a homeopatia entre outras. A rivalidade entre os profissionais das ditas medicinas românticas (exemplos destas medicinas românticas são o Mesmerismo, o Raspailismo, o Sistema negativo e a Homeopatia) e da medicina alopática, transformada em conflito aberto e público na sociedade portuguesa da época, foi amplamente divulgada na imprensa literária e médica. Passos Manuel, adepto da homeopatia, seria incitado a publicamente defender os interesses homeopatas (em 1860, no cemitério do Prado do Repouso, no Porto) e a assinar petições em defesa da acreditação científica da Homeopatia, tendo mesmo no fim da sua vida referido que os médicos oficiais “não [estudavam] nada, não [sabiam] nada e [falavam] de tudo”<sup>11</sup>. Faltava-lhes acima de tudo “o amor da humanidade que só os podia aliviar e esclarecer”<sup>12</sup> (Araújo, 2005, p. 155). Para além desta ilustre e controversa personagem histórica outros ilustres se revelaram adeptos e fervorosos defensores das medicinas românticas envolvendo-se publicamente em discussões com a classe médica oficial que os encarava como “personagens, [que procuravam] induzir os poderes públicos a darem uma certa proteção ao charlatanismo” (Araújo, 2005, p. 156). É o caso do Duque de Saldanha que se tornou adepto e fervoroso defensor de diversas medicinas alternativas. No final da década de 1850 o Duque de Saldanha publica a obra “O Estado da Medicina em 1858”, dedicada a D. Pedro V que se revela antes de tudo um ataque à medicina das escolas oficiais que na sua opinião não passava de um “mixto informe de ideias inexactas, de observações pueris, de meios illusorios, de formulas tão bisarramente concebidas como fastidiosamente colligidas, não tendo princípios fixos, sendo a sua therapeutica apenas uma colleção de hypotheses imaginadas pelos médicos em todos os tempos” (Araújo, 2005, p. 156). Bernardino António Gomes, lente jubilado da Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, médico com posição privilegiada junto do rei e do público e principal porta-voz dos médicos oficiais reage publicamente a este insulto à classe médica da época, inicialmente escrevendo ao Duque de Saldanha e posteriormente publicando em 1859, “O Marechal Duque de Saldanha e os Médicos breves considerações acerca da Memória sobre o estado da Medicina em 1858” (Pombo, 2010). Bernardino António Gomes nestas publicações tinha como principal objetivo esclarecer e condenar o Duque de Saldanha “dos erros, da insensatez e da sua imperdoável ousadia em falar dos médicos do reino com tal desmerecimento”. (Pombo, 2010, p. 51). Contudo é no seio médico e académico

que surgem alguns dos maiores defensores desta arte de curar opositora da medicina oficial, rebelando-se contra os seus próprios pares. António José de Lima Leitão, médico, doutor em medicina na Sorbonne parisiense, lente de Clínica Médica na Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, no ano de 1853 solicita que lhe “fossem proporcionados «os meios para os ensaios da Medicina Homeopathica» na sua Escola” (Araújo, 2005, p.161). Este pedido é, no entanto, não só recusado, como é constituída uma Comissão “dirigida pela autoridade médico sanitária lisboeta representada por Bernardino António Gomes (filho) com vista a avaliar o estado e modo porque o Sr. Dr. Lima Leitão dirigia o ensino” (Araújo, 2005, p.161).

As estratégias utilizadas pela classe médica para consolidar o seu poder médico nos finais do século XIX e início do século XX passaram pela luta pela regulamentação profissional que envolve como já referido a identidade profissional, mas também pela demarcação da sua área de intervenção relativamente às restantes disciplinas profissionais. Exemplo desta luta serão as reivindicações geradas à volta do exercício da medicina legal que tinha como finalidade conquistar poderes junto do poder judicial, assim como do sigilo médico que gerou lutas com diversos poderes, e da especialização disciplinar que surgia nas mais diversas áreas tais como escolar, desportiva e do trabalho, e manifesta o poder crescente que esta classe profissional adquiria e permite “compreender as suas estratégias tanto para assegurar o monopólio de um mercado, como através da segmentação e especialização profissional impedir a saturação” (Garnel, 2003, p. 227).

Ao contrário do que sucedeu noutros países, designadamente na Inglaterra, a Ordem dos Médicos, só foi fundada em Portugal no século XX. Contudo no século XIX não deixaram de existir associações que de forma estruturada e organizada defendiam por um lado os interesses da classe e por outro através de uma ação social e humanitária ganhavam prestígio e ascensão para a classe. A Sociedade de Ciências Médicas criada em 1835 e a Associação dos Médicos Portugueses criada mais tarde na década de 90 deste mesmo século são exemplo disso (Garnel, 2003). A Sociedade de Ciências Médicas teve um papel fundamental na saúde da população portuguesa durante o século XIX tendo realizado um trabalho notável não só enquanto entidade que procedeu a pareceres técnicos solicitados pelos órgãos governativos sobre os mais variados assuntos - como a colonização, o trabalho dos menores, as epidemias de cólera, o melhoramento do porto de Lisboa sob o ponto de vista sanitário ou o regime alcoólico, o abastecimento de carne,

a salubridade da capital ou os cemitérios e a cremação, - mas também enquanto entidade detentora de um saber técnico especializado que legitimava a sua opinião, se posicionava enquanto reivindicadora de opiniões de alerta ao poder público ou crítica sobre questões urgentes ou legislativas, como foi o caso do pedido de solução urgente para a deficientíssima hospitalização dos alienados ou do aconselhamento da adoção do sistema métrico, ou a reivindicação da reforma dos serviços médico-legais (Garnel, 2003). Para além disso a Sociedade de Ciências Médicas empreendeu uma ação social que se revê na discussão e no estudo da profilaxia e tratamento de epidemias, nas sessões de propaganda da vacinação jenneriana, na organização de sessões de vacinação gratuita, nas discussões e conferências sobre a raiva e nos relatórios que permitiram inclusivamente o surgimento da Liga contra a tuberculose (Garnel, 2003, p. 230).

A Associação dos Médicos Portugueses, que posteriormente foi dividida em três associações sediadas, no Porto, em Coimbra e em Lisboa, reunindo os médicos mais relevantes dos três centros, permitia a discussão sobre problemas externos e internos da profissão (Garnel, 2003, p. 228). Em 1912 a Associação dos Médicos Portugueses realizou o Congresso Nacional de Deontologia e Interesses Profissionais demonstrando a posição que este grupo associativo já tinha nesta época (Garnel, 2003).

É no período histórico do Estado Novo que surge a Ordem dos Médicos, fundada a partir do Decreto-lei n.º 29 171 publicado a 24 de novembro de 1938. A Ordem dos Médicos, nascida no seio de um regime político totalitário, apresenta-se como organismo corporativista, integrando o Estado como um dos seus organismos. A Ordem dos Médicos apresenta-se deste modo como um organismo corporativista do Estado em que a sua autonomia é limitada como os seus estatutos o demonstram ao declararem que a Ordem dos Médicos “exerce a sua atividade com respeito absoluto pelos interesses da Nação, sendo-lhe por isso vedada a filiação em quaisquer organismos de carácter internacional ou a representação em congressos ou manifestações internacionais sem autorização do governo”, exerce as “suas funções políticas conferidas pela Constituição Portuguesa da República Portuguesa aos organismos corporativos” e desempenha “as funções que lhe forem incumbidas pelo regimento das corporações”<sup>108</sup>. A Ordem dos Médicos, no entanto, possuía autonomia para proceder à regulamentação do exercício profissional da medicina, como é previsto nas alíneas 5.º, 7.º, 11.º do Artigo 4.º dos seus

---

<sup>108</sup> O Decreto-Lei n.º 29 171, de 24 de novembro de 1938 institui a Ordem dos Médicos e os seus estatutos.

estatutos, sendo estabelecido no artigo 7.º do Capítulo II que apenas podem exercer medicina aqueles que estiverem inscritos na Ordem dos Médicos.

O Estado manifesta, no entanto, consonância com os interesses da Ordem dos Médicos na medida que demonstra uma aparente preocupação pelo recurso da população aos legítimos profissionais de saúde que na sua ótica seriam os médicos que possuíam o saber necessário para identificar a doença e a erradicar (Costa, 2007). Nos manuais escolares que expressavam a política do regime com o objetivo de doutrinação, está presente esta posição do Estado relativamente aos médicos:

*“Cuidemos do nosso corpo – Precisamos de cuidar do nosso corpo, para que não nos falte saúde. Se estamos doentes, devemos consultar o médico, porque só ele tem o saber necessário para averiguar a causa dos nossos sofrimentos e para nos curar. Evitemos, pois, os curandeiros que por toda a parte existem, sustentados pelos ingênuos que se deixam iludir com as suas palavras enganadoras”* (Costa, 2007, p. 358).

Neste período histórico em que o Estado apresenta uma supletividade e desresponsabilização relativamente a um sistema de saúde abrangente a toda a população e simultaneamente legitima e protege a profissão médica, a procura de curandeiros e outros praticantes de cura por parte das classes populares mantém-se enquanto necessidade na medida em que a ida ao médico é demasiado dispendiosa para a maioria da população portuguesa (Costa, 2007). No entanto, o Estado em defesa legal da classe e na sequência de reivindicações realizadas pela Ordem dos Médicos que foi ganhando poder junto das entidades políticas desde a sua criação, aprova o Decreto-Lei nº 32.171, de 27 de julho de 1942, conhecido como a Lei do Exercício da Medicina, que determina criminalmente o exercício ilegal da profissão médica e concretiza um projeto elaborado anteriormente pela Ordem dos Médicos ainda que sofrendo algumas alterações. O Decreto-Lei nº 32.171, de 27 de julho de 1942 determina deste modo no artigo 12.º a penalização de todo aquele “... que, sem qualquer título ou sem título bastante, praticar observação ou tratamento de pessoas por qualquer método ou processo que tenha por fim a cura de estados mórbidos ou incómodos de saúde, ou qualquer outro ato próprio da profissão médica, e bem assim aquele que assumir a direção de qualquer dos atos compreendidos neste artigo incorre na pena do 2.º do artigo 236 do Código Penal” e no artigo 15.º discrimina inclusive algumas das práticas terapêuticas não convencionais que passam a ilegais e a ser punidas por lei referindo “ todos os indivíduos que com o nome de magnetizadores, ocultistas, videntes, quiromantes, naturistas, fisioterapeutas ou

semelhantes empreguem práticas, medicações ou quaisquer processos com os quais procurem suggestionar doentes e, de modo geral, todos os charlatães que usem de processos análogos com o mesmo fim, serão condenados na pena a que se refere o artigo 20.º”. O artigo 20.º estabelecia o encerramento do “consultório médico, seja qual for a sua designação ou modalidade, que funcione sem que seja dirigido por um médico ou médicos em condições de exercer em harmonia com o diploma em questão”, ou seja, pessoas legalmente habilitadas inscritas na Ordem dos Médicos. Para além disso era também proibido o anúncio a medicamentos ou substâncias medicinais, assim como de águas medicinais, ou métodos de tratamentos de doença que não os autorizados por visto pela Direção Geral de Saúde. Com este diploma legal o mercado dos cuidados de saúde passa a ser monopólio da classe médica.

Apesar do privilégio e supremacia dada à classe médica relativamente a todas as outras modalidades terapêuticas, o Estado corporativista cria os Conselhos Disciplinares Regionais e o Conselho Superior Disciplinar, que se apresentam completamente independentes dos órgãos diretivos da Ordem dos Médicos. A presidência do Conselho Superior Disciplinar estava a cargo de um magistrado judicial e não de um médico. Os procedimentos e funcionamento dos Conselhos Disciplinares Regionais e do Conselho Superior Disciplinar, resultavam apenas da decisão governamental, no uso dos poderes permitidos pela Constituição de 1933, vindo desta maneira, a “Ordem a sua eficácia operacional bloqueada pela “grade” corporativa que a legalmente a envolvia” (Costa, 2007, p. 360). Esta coerção pode, então, manifestar o poder totalitarista do sistema corporativo que sustentava o Estado Novo que intervém desta forma num organismo com influência na área da saúde.

A classe médica passo a passo, no entanto, vai ganhando visibilidade e reconhecimento político, crescendo deste modo o seu poder e o seu papel interventivo sobretudo a partir do final dos anos 50, como é possível constatar pelo Decreto-Lei n.º 42.210, de 13 de abril de 1959, que estabelece que o Presidente do Conselho Geral da Ordem dos Médicos será vogal efetivo do Conselho Superior de Higiene e Assistência Social e pela participação da Ordem dos Médicos na discussão e nos trabalhos da Comissão Inter-Ministerial que estudava a reorganização da medicina exercida nos SMS da Federação das Caixas de Previdência (Costa, 2007, p. 360).

Em agosto de 1958 numa reunião da Secção Regional de Lisboa da Ordem dos Médicos surge a ideia de criar um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar um

relatório sobre as carreiras médicas. O relatório sobre as carreiras médicas, divulgado em 1961, tinha um duplo e indissociável objetivo: "...a elevação científica e social dos médicos e a reforma dos serviços, utilizando plenamente os recursos que o progresso põe ao dispor das sociedades modernas" (Costa, 2007, p. 362; Guerra & Tomé, 1964, p. 623). A elaboração do Relatório das Carreiras Médicas - que referenciava formalmente como seus principais objetivos conseguir uma estabilidade e justa remuneração do profissional médico que na época vivia uma situação profissional que se caracterizava por insegurança profissional e baixos salários, e implementar um novo serviço de saúde que permitisse que toda a população tivesse acesso a cuidados de saúde eficientes e qualitativos num país em transformação, em mudança de um paradigma rural-agrícola tradicional para o industrial-urbano, - constitui-se como uma estratégia de poder da classe médica que tinha implicitamente uma intencionalidade pragmática, a sua elevação social, económica e política na sociedade portuguesa. Tal como refere Costa (2007, p. 371) a proposta da Ordem dos Médicos de implementar um Novo Serviço de Saúde estava estruturada de forma a "permitir capitalizar favoravelmente o estabelecimento de uma estrutura da esfera pública onde o monopólio profissional da classe se poderia manifestar e fazer sentir, e onde o médico disporia dos meios e do pleno uso da sua autonomia profissional", possibilitando dizemos nós, desse modo, uma elevação social, política, económica e profissional, pois como refere o autor este seria "o lugar onde adquiriria a sua autonomia política e económica, legalmente garantida pelo Estado".

O Relatório tendo em atenção o contexto político que se vivia neste período histórico, nomeadamente o regime político vigente e os conflitos militares nos territórios ultramarinos africanos, que levaram à mobilização de grande parte dos jovens e ativos médicos portugueses, não teve consequências práticas imediatas (Costa, 2007). Alguns anos mais tarde, contudo, a doutrina fundada pela Ordem dos Médicos que tinha subjacente, ainda que implicitamente uma aspiração de ascensão de poder acaba por triunfar.

Em 1968, foi eleito para Bastonário o prestigiado neurologista Miller Guerra, um dos mais distintos membros da Comissão do Relatório das Carreiras Médicas o que levou a que a classe médica ganhasse expectativas relativamente à concretização das antigas ambições expressas no Relatório. Tal veio efetivamente a suceder mais tarde progressivamente. A 27 de abril de 1968 tendo em atenção os pareceres prévios da Ordem dos Médicos são aprovados o Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais.

Em 1969 é publicado o Regulamento do Internato Médico, promulgado o Decreto nº 48.879, documento que substituiu o estágio final do Curso de Medicina pelo 1º ano do Internato Geral, e publicado o Regulamento dos Concursos para Graduados, Assistentes e Diretores de Serviços, revelando-se este ano para a classe médica um ano fundamental com repercussões pragmáticas no exercício da medicina (Costa, 2007).

Este período histórico marcado pelo processo de ascensão da biomedicina em Portugal levou a um eclipse das medicinas alternativas e complementares. Estas apesar de não terem desaparecido e de existirem registos históricos como revela Veloso (2017) da sua atividade, acabam por sofrer um eclipse provocado por esta aliança sociopolítica do regime do Estado Novo com a Ordem dos Médicos.



## **Capítulo V - Período que vai da segunda metade do Século XX (mais propriamente das décadas de 60 e 70) até à atualidade**

### **5.1 Fatores que levaram à reemergência das Medicinas Alternativas e Complementares na década de 70 em Portugal**

As medicinas alternativas e complementares em Portugal durante o regime fascista do Estado Novo sofreram o já mencionado eclipse, apesar de tal não ter significado o seu total desaparecimento, pois como refere Ventura (2018) durante o período da ditadura continuaram a se editar livros e revistas alusivos a estas práticas terapêuticas alternativas como foi o caso da revista *Natura* ou da revista “*Vida Naturista*, e a realizar consultas de medicinas alternativas e complementares. Para além disso a existência da Sociedade Portuguesa de Naturalogia nesse período histórico e que se manteve até aos nossos dias vem também comprovar isso mesmo.

Portugal durante a ditadura salazarista, que dominou o país durante 41 anos, desde 1933 até ao 25 de Abril de 1974, viveu um período histórico marcado pelo fechamento ao exterior, o corporativismo, o autoritarismo, uma ideologia política com um forte vínculo à Igreja Católica, a limitação de liberdades e a censura e opressão de qualquer manifestação opositora ao regime. A sociedade portuguesa era tradicional, conservadora e patriarcal. No entanto, apesar do regime totalitarista, na última década do regime, designadamente na década de 1960, período em que o Estado Novo começou a demonstrar algumas fragilidades estruturais, deram-se mudanças económicas, sociais e culturais na sociedade portuguesa que se tornaram determinantes não só para o culminar da ditadura e a revolução do 25 de Abril de 1974 (Rosas, 1994 cit. por Guerra, 2018) como para o que talvez poderemos designar de revolução cultural que se deu no nosso país no contexto da contracultura vivida internacionalmente.

Na década de 1960, o país sofreu uma forte emigração, tanto interna, verificou-se um rigoroso êxodo rural em direção ao litoral do país, como resultado do desenvolvimento da indústria e do setor dos serviços e perda de importância social e económica da agricultura, como externa, na sequência do início da guerra colonial em 1961 houve um intenso processo emigratório essencialmente para França (Guerra, 2018, pp. 196-197). O Estado Novo tendo como finalidade por um lado o reforço da ideologia “a formação do carácter, a cultura do espírito e a devoção ao serviço social, no amor de Deus, da Pátria e da Família” e por outro lado responder a um setor económico do país que se encontrava em pleno desenvolvimento tecnológico e que necessitava de mão-de-

obra qualificada (OEI, 2003, p. 21) torna a escolaridade de quatro anos obrigatória. Tal impulsionou um aumento de alunos no ensino secundário e superior (Guerra, 2018). A par com a evolução do sistema formal de ensino português houve um conjunto de práticas culturais que surgiram: um aumento do número de bibliotecas públicas, o aparecimento de várias editoras, uma maior frequência do teatro e cinema, um aumento de vendas e consumo de jornais e revistas, e uma progressiva penetração da televisão na sociedade portuguesa que se revela meio de formação de gostos e opiniões dos portugueses (Guerra, 2018). Os meios de comunicação serviam deste modo de janela para o mundo, “permitindo contrapor a visão salazarista com os novos ventos que se sentiam no estrangeiro, nomeadamente o surgimento de uma dinâmica cultura juvenil urbana” (Bebiano, 2003 cit. por Guerra, 2018, p. 197).

*“Todas estas alterações económico-sociais, a guerra colonial, uma ténue abertura às novidades internacionais (em 1973, quatro milhões de turistas visitaram Portugal), transformaram de forma indelével os valores e comportamentos da sociedade portuguesa. Como Rosas (2012) refere, estas mudanças socioculturais, bem como as oposições políticas e culturais levadas a cabo, sempre desenvolvidas sob condições extremas, permitiram o estabelecimento de uma contracultura, um estado de espírito «social, ideológico, político e uma força que, a partir dos anos 70, se imporiam como hegemónicas»”* (Rosas, 2012, p. 356 cit. por Guerra, 2018, p. 198).

O Maio de 1968, considerado por Guerra (2018, p. 198) como um “marco na História do mundo ocidental (...) um ano-charneira”, na sequência dos acontecimentos históricos que ocorreram nesse período, - a Primavera de Praga e a subsequente invasão do país pelas forças do Pacto de Varsóvia; a Ofensiva do Tet, que veio acirrar ainda mais a oposição à guerra do Vietnam; as lutas estudantis na Alemanha Ocidental e em Itália; o movimento hippie e todas as inovações da música pop-rock; a luta pelos direitos civis dos negros, os assassinatos de Martin Luther King e Robert Kennedy, e os motins em Baltimore nos Estados Unidos da América; e a revolução cultural chinesa, que tantas paixões despertava no mundo ocidental (Guerra, 2018, p. 198), - foi o período em que o movimento da contracultura teve mais visibilidade mundialmente, em que se concretizou através de diferentes manifestações sociais e culturais internacionalmente apesar das diferenças regionais e locais que apresentava. Esta contracultura teve também impacto em Portugal, ainda que esta se reflita com características regionais específicas do nosso país, dando origem tal como sucedeu em vários outros países a uma juventude

revolucionária, contestatória que se revela contra um regime autoritário. Este impacto seria segundo Guerra (2018) provocado essencialmente por um considerável número de portugueses exilados ou emigrados em Paris que de alguma forma fizeram chegar à juventude portuguesa os eventos que ocorriam mundialmente assim como as filosofias e ideologias que os acompanhavam. No entanto, as transformações socioculturais provocadas pela influência da contracultura são condicionadas tal como refere Cardina (2011 cit. por Guerra, 2018) por dois fatores: primeiro pelo facto da sociedade portuguesa possuir valores conservadores de cariz católico e o país ter algum atraso no seu desenvolvimento não apresentando as características socioeconómicas dos países desenvolvidos, nem um sistema económico capitalista, o que tornava muitas das reivindicações de carácter pós-materialista do movimento da contracultura completamente desfasadas; segundo pelo facto do regime político impor um conjunto de valores e comportamentos, que segundo o nosso parecer se encontravam culturalmente pelo menos em parte, aceites pela sociedade portuguesa, que se opunham às práticas hedonistas e anti-hierárquicas postuladas no Maio de 68.

Contudo, apesar disso, os eventos que ocorreram na década de 60, a contracultura e os eventos que ocorreram no Maio de 68 influenciam a sociedade portuguesa tendo não só proporcionado “a emergência dos estudantes como novos sujeitos políticos, (...) atores políticos de primeiro plano na história mundial” (José António Saraiva, 1970 cit. por Guerra, 2018, p.198) como levam os jovens portugueses ao desenvolvimento de contraculturas e de uma ética hedonista. Exemplos disso são as visitas ao estrangeiro por parte dos mais jovens que se revestem de grande importância, o surgimento dos primeiros festivais musicais, o Festival Vilar de Mouros (1971) e o I Festival de Jazz, em Cascais (1971) na década de 70, nos quais foi possível constatar comportamentos hedonistas contrários às normas e valores vigentes da época (Cardina, 2011, pp. 102-109 cit. por Guerra, 2018, p.199) e o Movimento Homeostético, o coletivo Felizes da Fé e o “movimento” punk na década de 80 (Guerra, 2018).

O movimento ecológico que rompeu após o 25 de Abril de 1974 (Madeira, 2016) e os movimentos relativos à alimentação, nomeadamente a macrobiótica e o vegetarianismo<sup>109</sup>, movimentos que surgem em Portugal no âmbito da referida contracultura, se revestem de grande relevância para a história das MAC em Portugal. Estes

---

<sup>109</sup> A macrobiótica e o vegetarianismo são considerados por alguns como sistemas de saúde.

movimentos, se assim os podemos chamar, aparecem não só interligados entre si, como com a prática das medicinas alternativas e complementares. Exemplo disso é o facto de os grandes impulsionadores e dinamizadores destes movimentos serem também os primeiros praticantes e apologistas das medicinas alternativas e complementares em Portugal como é o caso de Afonso Cautela e Carlos Ventura. Afonso Cautela o fundador do movimento ecológico português e impulsionador da primeira assembleia do movimento ecológico, no salão da primeira sede da Unimave<sup>110</sup> (na rua da Boavista) foi um acérrimo defensor da saúde natural<sup>111</sup> (Ventura, 2018; Calado, 2012). Carlos Ventura naturopata e fitoterapeuta foi também um dos pioneiros da macrobiótica em Portugal.

A saúde física e mental era uma das preocupações do movimento ecologista como é possível constatar através das suas iniciativas editoriais, nas quais promove a prática das medicinas alternativas e faz uma crítica velada à medicina oficial. Afonso Cautela na coleção de livros “Viver é preciso”, nomeadamente no número 7, demonstra isso mesmo ao afirmar que os movimentos ecológicos devem ter entre os seus objetivos a:

“- Campanha para o parto controlado e sem dor; - Campanha pela anti-psiquiatria ou descolonização do doente mental; - Campanha das medicinas paralelas ou para a descolonização do doente” (Madeira, 2016, p. 94). Também Filipe Rocha, membro da Cooperativa Pirâmide<sup>112</sup>, na revista “Urtiga”, uma publicação também do movimento ecológico, escreve um artigo relativo às práticas das medicinas alternativas, ainda que não fale diretamente destas, definindo doença como sendo “estado em que o Céu e a Terra se encontram em desarmonia no Homem e a cura advém naturalmente do reequilíbrio de forças na sua totalidade, sendo impossível ‘curar o estômago’ sem ‘curar’ o Ser no seu complexo ‘corpo-espírito-alimento-ambiente” (Madeira, 2016, p. 97). Franklim Pereira num artigo no jornal “Alternativa”, criado pelo Grupo Autónomo de Intervenção Ecológica do Porto, considera que “o estudo do corpo humano e do ambiente que o rodeia leva-nos ao reconhecimento de uma ‘energia’, força universal, abrangendo totalmente o espaço e o tempo, reguladora da atividade e repouso das tarefas da natureza visível e não visível” (Madeira, 2016, p. 96). Constatamos ao analisar estes pequenos textos que muito dos princípios ideológicos do movimento ecologista, ao compreenderem

---

<sup>110</sup> Unimave - União Macrobiótica Vegetariana fundada em 1971 consistia numa cooperativa sem fins lucrativos com propósitos educacionais e culturais, que defendia a “causa” macrobiótica (Calado, 2012). Afonso Cautela foi diretor da Unimave.

<sup>111</sup> Saúde Natural – Este termo deve ser entendido como abrangente, isto é, como referente a todas as práticas denominadas como medicinas alternativas e complementares.

<sup>112</sup> A Cooperativa Pirâmide é uma extensão do Grupo Autónomo de Intervenção Ecológica do Porto

o homem dentro do paradigma holista, se inserem no movimento New Age, apesar de os autores desses mesmos textos afirmarem não fazer parte deste movimento, pelo menos no que se refere à sua vertente religiosa. Para além disso estes textos demonstram claramente que o movimento ecológico português apela às medicinas alternativas e complementares.

Por último falemos da macrobiótica, considerada por muitos um sistema de saúde que faz parte das medicinas alternativas e complementares e que desde a década de 70 se pratica em Portugal (Calado, 2012). A tese de doutoramento de Virgínia Calado “À mesa com o universo: a proposta macrobiótica de experiência do mundo” ao descrever de forma bastante elucidativa o nascimento da Macrobiótica em Portugal na década de 70 demonstra que houve uma reemergência da prática das medicinas alternativas e complementares nesse período histórico. Para além disso Calado (2012) revela que o surgimento do movimento macrobiótico em Portugal possivelmente foi influenciado pelo submovimento da contracultura New Age. Isto porque se verifica que a macrobiótica apresenta características inerentes do movimento New Age. A macrobiótica ao ter, numa perspetiva holística, como centro da sua terapêutica não apenas o indivíduo físico, mas também o mental, o espiritual e social, sendo o indivíduo responsável pela sua saúde ou doença, e ao se opor à modernidade e a uma explicação muito racionalizada da realidade, acabando por fazer uso seletivo da ciência para se afirmar, integra as características do New Age (Calado, 2015).

Podemos então concluir que em Portugal as mudanças políticas, económicas, sociais e culturais que emergiram nas décadas de 60 e 70, impulsionaram a reemergência das medicinas alternativas e complementares. Os fatores históricos, sociais, culturais, políticos, económicos que impulsionaram o reaparecimento das MAC para além de apresentarem características semelhantes com os outros países da Europa também revelam especificidades regionais inerentes a um processo histórico-cultural de uma nação com uma identidade única.

### **5.1.1 A Reemergência das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal na década de 70**

Como já referido as medicinas alternativas e complementares durante a ditadura salazarista, apesar de terem sofrido um refreamento não foram extintas mantendo a sua atividade ainda que de forma menos efusiva. Exemplo disso é a Sociedade Portuguesa de Naturalogia que se mantém ativa até aos dias de hoje, a revista *Natura*, assim como a revista *Vida Naturista*, dirigida pelo naturopata Fred Vasques Homem ou a edição de vários livros de autores portugueses e estrangeiros (Ventura, 2016). Índiveri Colucci, naturopata, figura influente na área, manteve a sua prática nesse período histórico de forma constante e preminente.

Contudo após o 25 de Abril, como consequência de uma conjuntura nacional social, política, económica e cultural que refletia, ainda que de forma muito própria, traduzindo as especificidades diferenciais do país, o que sucedia internacionalmente no campo das medicinas alternativas e complementares, assim como a nível sociocultural, sofrendo a influência do movimento da contracultura que se fazia sentir em vários países Europeus e nos EUA, as medicinas alternativas e complementares gradualmente vão crescendo.

Os movimentos ecológico, macrobiótico, New Age e vegetariano, assim como a saúde natural ou a naturalogia (designação dada às medicinas alternativas e complementares na época em Portugal) emergem ou reemergem enquanto formas simbólicas alternativas num país que tinha vivido durante décadas um regime autoritário e em que a classe médica numa posição hegemónica e protegida, e auto intitulada como o único saber verdadeiro, epistemológico científico, mantém o monopólio profissional num mercado de saúde que começa a se apresentar como pluralista. Estes movimentos, que se configuram simbolicamente como alternativas, partilham ideologicamente de alguns princípios comuns, agregando adeptos que são membros ativos de não apenas de um desses movimentos mas de vários como é o caso de Carlos Campos Ventura, naturólogo, que foi um dos pioneiros da macrobiótica em Portugal e presidente da Unimave (Calado, 2015) ou de Afonso Cautela fundador do Movimento Ecológico Português que era também um ativista das medicinas alternativas e complementares (Ventura, 2018).

Tanto a macrobiótica, como a New Age, o movimento ecológico e as medicinas alternativas e complementares partilham uma visão holística do homem e estão

impregnados de uma dimensão espiritual, dita talvez naturalista, e um esoterismo, o que explica em parte que os indivíduos pertencessem, de forma ativa, simultaneamente a todos estes movimentos.

Neste período histórico foram muitos os eventos, instituições e associações, assim como personalidades ligadas às medicinas alternativas e complementares que surgiram na sequência destes movimentos.

A Unimave (Centro Macrobiótico Vegetariano, S.C.A.R.L) fundada em 1972 por Abel Trancoso, Nogueira e Gomes Ribeiro, uma cooperativa sem fins lucrativos que tinha objetivos educacionais e culturais, que defendia a “causa” macrobiótica, que teve a sua fase de maior dinamismo, entre 1976 e 1980, dedicou-se não só a atividades como a restauração e a venda de produtos como também a consultas e divulgação através de cursos e palestras das medicinas alternativas e complementares (Calado, 2012 p.168). A Unimave publicou as revistas “Aquário” (dois ou três números), “Vida Maior” (em 1989 ou 1988) e os Cadernos da Unimave (Calado, 2012, p. 171). A Unimave foi também um centro de aprendizagem das medicinas alternativas e complementares, tendo sido da Unimave que saíram pessoas ligadas a estas terapêuticas e posteriormente algumas delas criaram negócios nesta área. Carlos Ventura refere que “... a Unimave era o grande centro por onde tudo passava. De facto, foi da Unimave que partiram as primeiras pessoas para estudar acupuntura nos EUA, foi na Unimave que nasceu o movimento ecologista, foi na Unimave que houve as primeiras lições de shiatsu, enfim, passou tudo pela Unimave. Depois essas pessoas fizeram a sua vida fora da Unimave, mas a Unimave era um centro muito ativo onde as pessoas iam aprender. [Campos Ventura]” (cit. por Calado, 2012, p. 172)

A Próvida – Produtos Naturais Lda., empresa que inicialmente se dedicava à produção de pão e snacks naturais, desenvolvendo posteriormente a distribuição de uma vasta série de alimentos naturais, muitos deles utilizados na macrobiótica, e no mercado português até aos dias de hoje<sup>113</sup>, foi fundada em 1984 por duas pessoas que saem da Unimave, Alcino Sousa e Cesaltina Sousa (Ventura cit. por Calado, 2012; Ventura, 2018).

Um outro projeto com importância para as medicinas alternativas e complementares em Portugal foi a criação em setembro de 1978 da “Espiral – Centro para

---

<sup>113</sup> <https://www.provida.pt/provida/>

a Divulgação de Alternativas”. Este Centro que manteve a sua existência até à atualidade, tendo um site de divulgação na internet<sup>114</sup>, define a Espiral como

*“uma associação, um centro para a divulgação, formação, investigação e promoção de alternativas nos campos da dietética, saúde natural, defesa do ambiente, direitos dos animais, desenvolvimento da consciência alimentar e novas filosofias de vida. Disponibiliza uma estrutura, espaços e atividades onde podem encontrar: alimentos dietéticos, material de estudo e livros, palestras e workshops, atividades práticas e terapias inseridas no âmbito filosófico-cultural da Espiral. É independente de qualquer tipo de movimento alternativo específico, grupo ecológico, social, político, filosófico ou religioso. A Espiral procura nas suas atividades dar voz a todas as tendências e incentiva atitudes, práticas e perspetivas que de algum modo resistam à normalização e globalização culturais e ao pensamento único - que, face a estes, representem uma evolução, um progresso ou uma alternativa. Somos assim um local aberto, de debate e esclarecimento que privilegia o espírito crítico, a liberdade de pensamento e antidogmatismo”.*

No site da “Espiral” são descritos três grupos de terapias:

- as físicas que incluem a Acupuntura, a Acupuntura Sujok, a Ayurvédica, a Medicina Consulta de Alimentação Natural, a Consulta de Saúde Natural, a Consulta de Emagrecimento, a Drenagem Linfática, a Florais de Bach, a Herbologia, a Hidrolinfa, a Naturopatia, a Quiropraxia Visceral entre outras;

- as Psico-Energéticas que agrupam entre muitas outras a Avaliação Metafísica Corporal, a Barra de Access, a Cura Reconectiva/Reconnective Healing, a Cura Xamânica, o Coaching Holístico, a Dissolução Nós Cármino, a Hipnoterapia, a Leitura da Aura, a Limpeza da Aura, a Psicologia, a Psicologia Multidimensional, a Psicologia Transpessoal, a Reconexão, o Reiki Egípcio, o Reiki Estelar, a Rosa do Coração, a Sofrologia e A Sombra Humana/Educação Emocional numa vertente Espiritual;

- e por último Oraculares nas quais constam a Astrologia, a Astrologia com Constelações, a Astrologia com Tarot e Numerologia, a Astrologia com Tarot, a Astrologia Védica, a Mesa Radiónica Quântica, a Mesa Radiónica Regressiva, a Numerologia, o Pêndulo Hebreu, os Registos Akáshicos, o Tarot e o Tarot Terapêutico.

---

<sup>114</sup> <https://www.espiral.pt/post/2015/10/29/prof-carlos-ventura-naturopata>



Carlos Ventura, um dos terapeutas que é divulgado no site da “Espiral”, refere que a criação deste centro teve como finalidade

*“constituir uma plataforma que pudesse incluir vegetarianos, macrobióticos, espiritualistas, pessoas ligadas às medicinas naturais, “Os Amigos da terra”, etc. A ideia era fazer um sítio aberto, uma plataforma de convivência destas alternativas, era um projecto diferente do da macrobiótica, era mais um centro de alternativas”*

(Calado, 2012, p. 177).

Constatamos deste modo que a “Espiral” ao apresentar uma dimensão esotérica e espiritual, ainda que esta se diga imparcial e “...independente de qualquer tipo de movimento ou grupo alternativo, ecológico, filosófico, religioso ou esotérico”<sup>115</sup>, se revela muito distante de uma perspetiva científica, divulgando na sua grande maioria modalidades terapêuticas com princípios filosóficos esotéricos muito distintos dos princípios científicos da biomedicina.

A Cooperativa Pirâmide criada em outono de 1977, no Porto, no âmbito do Grupo Autónomo de Intervenção Ecológica do Porto – G.A.I.E.P., que tinha entre outras finalidades promover a utilização de medicinas alternativas, foi outro exemplo da reemergência do movimento destas terapêuticas no nosso país, apesar da curta existência desta organização que no ano de 1978 foi transformada num Centro Budista (Madeira, 2016).

Por último fazemos referência à Diese, empresa pioneira e histórica na comercialização de suplementos naturais e alimentos dietéticos (Ventura, 2018), marca de referência na Alimentação Saudável<sup>116</sup> fundada em 1955, por João Santos (1914 – 2005), antigo presidente do Clube de Futebol Benfica, que se mantém também no mercado português atualmente.

Neste período histórico, Serge Jurasunas, Araújo Ferreira, Afonso Cautela, Maria Lucinda Tavares da Silva, Mário Alberto Borges Sousa, Daniel Laurent, Reinaldo Baptista, Araújo de Brito, Vítor Manuel Mendes da Cunha, Luís do Noronha, Antunes Sousa, João Santos, Alcino Sousa, Cesaltina Sousa, António José Monteiro Cardoso e o

---

<sup>115</sup> <https://www.espiral.pt/>

<sup>116</sup> <https://www.diese.pt/diese>

<https://www.dn.pt/dossiers/desporto/benfica/os-presidentes/joao-maria-dos-santos-junior-1004372.html>

<https://www.record.pt/futebol/futebol-nacional/liga-nos/benfica/detalhe/joao-santos-presidente-discreto-mas-com-sucesso>

já mencionado Carlos Ventura, foram alguns dos nomes influentes para as medicinas alternativas e complementares no nosso país (Ventura, 2018).

No final da década de 1960 Serge Jurasunas veio viver para Portugal (Ventura, 2018). Serge Jurasunas tinha residido na Califórnia onde conheceu o Dr. Bernard Jensen que o leva não só a interessar-se por medicina natural como influenciará a sua carreira profissional. Serge Jurasunas formou-se em naturopatia, homeopatia e medicina tradicional, tendo estudado no Institute des Naturopaths du Quebec, Canadá (registrou-se em junho de 1969 no College des Naturopaths du Quebec como “médico naturopata certificado”) e no Homeopathic Medical College of South Africa (graduou-se como “Doctor of Homeopathic Medicine em 1975).<sup>117</sup> Posteriormente, em 1983, ele trabalhou no hospital de Colombo, no Sri Lanka, onde aprendeu fitoterapia, tendo em 1985 recebido o diploma de Doutor em Medicina Tradicional ”pelo Ministro da Medicina Tradicional<sup>118</sup>. Em 1971 fundou, juntamente com Maria Lucinda Tavares da Silva, a empresa “Natiris” em Portugal, que se dedicava à produção, importação e distribuição de produtos naturais (Ventura, 2018).<sup>119</sup> A empresa Natiris ainda existe na atualidade (Ventura, 2018). Em 1978 criou juntamente com Maria Lucinda Tavares de Silva a revista Saúde Atual<sup>120</sup>. O título foi cedido mais tarde à revista de Luís Filipe Freitas. Também no ano de 1978 fundou a clínica Holiterapias. Serge Jurasunas atualmente pratica medicinas alternativas e complementares em Portugal, apesar de não ter nas plataformas da Administração Central do Sistema de Saúde, IP cédula profissional em nenhuma das terapêuticas não convencionais legalizadas.

Araújo Ferreira (1934 -1985), segundo Ventura (2018), possivelmente o primeiro acupuntor português a exercer em Portugal, ensinou e praticou acupuntura e medicina tradicional chinesa, na década de 1970 (Ventura, 2018; Franco, 2010). Araújo Ferreira escreveu o primeiro livro sobre acupuntura em português (Ventura, 2018). Para além disso criou uma empresa de produto naturais e abriu a primeira loja de produtos naturais num centro comercial (Ventura, 2018).

Margaret Christine Reynolds Edlmann foi a primeira osteopata, devidamente formada em osteopatia, designadamente pela British School of Osteopathy (BSO) a

---

<sup>117</sup> <http://sergejurasunas.com/2017/01/28/credential/>

<sup>118</sup> <http://sergejurasunas.com/2017/01/28/credential/>

<sup>119</sup> <http://sergejurasunas.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2017/01/saudeactual.pdf>  
<http://sergejurasunas.com/>

<https://www.natiris.pt/quem-somos/>

<sup>120</sup> <http://sergejurasunas.com/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/2017/01/saudeactual.pdf>

exercer em Portugal (Henriques, 2011). A osteopatia surgiu deste modo em Portugal na década de 60 (Henriques, 2011). Posteriormente na década de 80 surgiram alguns osteopatas portugueses como é o caso de João Salazar de Sousa e Augusto José de Proença Baleiras Henriques, co-fundadores da Associação de Profissionais de Osteopatia (APO) fundada em agosto de 2001<sup>121</sup>.

Augusto José de Proença Baleiras Henriques, presidente da Associação de Profissionais de Osteopatia, com cédula profissional emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), representante da osteopatia no Conselho Consultivo para as Terapêuticas Não Convencionais<sup>122</sup>, formado pela British School of Osteopathy, em 1983, foi assistente de Margaret Christine Reynolds Edlmann, sendo um dos nomes reconhecidos na área no nosso país.

Mário Alberto Borges Sousa, licenciado em Osteopatia (Doctor in Osteopathy) pela Faculty of Osteopaths of the Lindlahr College –Johannesburg - África do Sul, em 1960, regressa a Portugal em 1978. Mário Sousa refere ter sido o principal pioneiro desta terapêutica no país, divulgando-a numa época em que ainda era desconhecida na maioria dos países da Europa, assim como em Portugal<sup>123</sup>. Para além disso realizou o Curso de Medicina Homeopática no Homeopathic Medical College of South Africa - Johannesburg - África do Sul, nos anos de 1973-1975, especializou-se em Fisioterapia no Medical Council of South Rhodesia, nos anos 1967–1968 e concluiu o curso de Electroterapia no The College of Electrotherapy de Johannesburg, África do Sul, no ano de 1965. Realizou na Universidade Moderna de Lisboa, nos anos 1997-1998, o Mestrado em Gestão do Desenvolvimento e Cooperação Internacional, tendo apresentado a Dissertação : "Medicinas Complementares e o seu Desenvolvimento no Contexto Económico e Social: Importância do enquadramento destas medicinas no Serviço Nacional de Saúde Português". No que se refere à prática profissional de Mário Sousa entre outras podemos destacar: nos anos de 1979-1988 - Sócio-Gerente do Centro de Medicina Física de Castelo Branco; nos anos de 1986-2011 - Diretor da Clínica Osteopática Dr. Borges de Sousa; nos anos de 1986 - 1999 - Presidente do Centro de Formação Profissional do Sindicato Nacional de Massagistas de Recuperação e Cinesioterapeutas; nos anos de 1990-2005 - Diretor do Centro Osteopático de Lisboa; e no ano de 2013 - Coordenador

---

<sup>121</sup> <https://www.aposteopatia.org/index.php?lang=pt>

<sup>122</sup> Despacho n.º 12337/2014

<sup>123</sup> [http://perspetivas.pt/2016/edicoes/edicao-marco/PERSP\\_Borges%20Sousa.pdf](http://perspetivas.pt/2016/edicoes/edicao-marco/PERSP_Borges%20Sousa.pdf)  
<https://www.osteopatiaemp Portugal.com.pt/pt/curriculum-vitae>

do Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa<sup>124</sup>. Mário Sousa foi perito da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P na área da Osteopatia, para o processo de regulamentação das Terapias Não Convencionais e foi lhe atribuída a cédula profissional n. °0100004, em osteopatia, pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde).

Reinaldo Baptista, falecido no ano de 2021, descrito por Luísa Franco (2010, p.259) como “naturólogo com credenciação em Angola, África do Sul e Portugal, antigo dirigente da CNNET e da Fenamen”<sup>125</sup>, foi um dos pioneiros na fundação de associações profissionais relativas às medicinas alternativas e complementares em Portugal (Franco, 2010; Ventura, 2018). Reinaldo Baptista não consta na lista de profissionais a quem foi atribuída cédula profissional na área das terapêuticas não convencionais emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

Araújo Brito, acupuntor e terapeuta de medicina tradicional chinesa, falecido no ano de 2013<sup>126</sup>, com credenciação no estrangeiro e Portugal, foi dirigente da Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC) e professor na ESMTTC - Escola de Medicina Tradicional Chinesa (Franco, 2010). Para além disso foi pioneiro na criação de associações profissionais na área das medicinas alternativas e complementares em Portugal, sendo um dos fundadores da primeira associação portuguesa de acupuntura, designadamente da APMA (Associação Portuguesa de medicina acupunctural) extinta em 2000 (Ventura, 2018).

Vítor Manuel Mendes da Cunha, naturopata e acupuntor, com a cédula profissional de acupuntura n.º 0501236, emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P, foi outro praticante destas terapêuticas neste período histórico. Vítor Cunha filiou-se na FENAMAN ( Federação Nacional das Medicinas Alternativas Naturais), enquanto naturopata, e na APMA (Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural), enquanto acupuntor (Ventura, 2018).

António José Monteiro Cardoso, praticante e ativista naturista desde a década de 40, é uma referência entre os terapeutas mais antigos (Franco, 2010, p. 259; Ventura,

---

<sup>124</sup> <https://www.osteopatiaemportugal.com.pt/pt/curriculum-vitae>

<sup>125</sup> CNNET – Câmara Nacional dos Naturologistas e Especialistas das Terapêuticas Não Convencionais; FENAMAN - Federação Nacional de Associações de Medicinas Alternativas Naturais  
[https://www.facebook.com/Centro-de-Ensino-das-Técnicas-da-Hipnose-Portugal-114706736655924/?hc\\_ref=ARSiafLzwxN4q3\\_Xo0iiQDvxVbM-t5J8mPf\\_sJL5Dyze911qSH7TJk5ZkR](https://www.facebook.com/Centro-de-Ensino-das-Técnicas-da-Hipnose-Portugal-114706736655924/?hc_ref=ARSiafLzwxN4q3_Xo0iiQDvxVbM-t5J8mPf_sJL5Dyze911qSH7TJk5ZkR)

<sup>126</sup> <https://www.cao.pt/blog/faleceu-antnio-de-arajo-brito>

2018). António Cardoso ocupou vários cargos diretivos na Sociedade Portuguesa de Naturalogia, uma das associações das medicinas alternativas e complementares mais antigas de Portugal, tendo segundo o site dessa associação, não só sido um fervoroso defensor, divulgador e praticante do vegetarianismo e das leis da saúde natural como também professor nessa área, designadamente de mentalismo, numerologia, magnetismo, radiestesia e realismo fantástico, entre outras disciplinas que exerceu dentro e fora da instituição<sup>127</sup>.

Carlos Campos Ventura foi um dos nomes mais empreendedores das medicinas alternativas e complementares em Portugal, tendo não só um papel ativo na prática destas terapêuticas, dando consultas e participando em conferências, mas também primordialmente no associativismo profissional destas práticas, assim como na formação e ensino das mesmas. Carlos Campos Ventura “naturopata desde 1978; Coordenador das Pós-Graduações de Naturopatia (2015) e Fitoterapia (2014) no Instituto Piaget; Professor de Nutrição e de Dietética na Pós-Graduação em Marketing e Consumo dos Produtos Naturais (2004-2006) no ISLA/Instituto Superior de Línguas e Administração; Professor de Introdução aos Produtos Naturais na Licenciatura em Biotecnologia dos Produtos Naturais (1996-2006) na Universidade Independente; Professor de Alimentação Natural, Naturopatia, Higienismo, História da Saúde Natural, Acupunctura do Pé e da Mão no Instituto Hipócrates/AAH (desde 2000)”<sup>128</sup>, dirigente da Unimave (1987 a 2001), da Federação Nacional de Associações de Medicinas Naturais (FENAMAN), e do Conselho Federativo - Federação Portuguesa das Medicinas Não Convencionais (Franco, 2010; Calado, 2012), membro da Associação Portuguesa de Naturologia e Diretor do Instituto Hipócrates de Ensino e Ciência (2003 – 2011), com cédula profissional em naturopatia (cédula profissional n.º 0300274) e em fitoterapia (cédula profissional n.º 0400271), emitidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.<sup>129</sup>, foi representante da Fitoterapia no Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais<sup>130</sup>.

Miguel Boieiro, figura política do nosso país, nomeadamente exerceu o cargo de Presidente da Assembleia Municipal do Seixal, de Presidente da Câmara Municipal de Alcochete, durante 19 anos, de Presidente da Associação dos Municípios do Distrito de Setúbal e de Presidente do Conselho Fiscal da Associação Nacional de Municípios

---

<sup>127</sup> <https://www.spnaturalogia.pt/wp/pt/2020/05/falecimento-de-antonio-cardoso/>

<sup>128</sup> <https://pt.linkedin.com/in/carlos-ventura-503b5945>

<sup>129</sup> <https://tdt-rhs.min-saude.pt/pages/TNCACSS.aspx>

<sup>130</sup> Despacho n.º 12337/2014

Portugueses entre outros, formado em Contabilidade e Administração, frequentou a disciplina de Fitoterapia (Curso de Botânica Aplicada à Naturopatia) do Instituto Hipócrates e exerceu cargos de dirigente na antiga Sociedade Portuguesa de Naturalogia. Para além disso lecionou na área da Fitoterapia e do Esperanto na Universidade Intergeracional de Benfca e na Escola Comunitária de Alcochete (Amikeca Grupo) e ministrou cursos e palestras na Sociedade Portuguesa de Naturalogia. Nas plataformas com a lista de cédulas profissionais das Terapêuticas não Convencionais emitidas pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. não se encontra registada nenhuma cédula profissional em seu nome <sup>131</sup>.

José Faro e Deolinda Fernandes são dois terapeutas que desde a década de 80 se têm dedicado à prática das medicinas alternativas e complementares em Portugal, desempenhando tanto na área de ensino destas terapêuticas, como na sua regulamentação um papel essencial.

José Manuel Mendonça da Costa Faro, - com formação académica em Filosofia (licenciatura) pela Universidade Clássica de Lisboa, no ano de 1978, com Cursos de Acupuntura e de Naturopatia (3 anos) obtidos nos anos de 1983-1986 no Instituto Médico Naturista (Lisboa), instituição de ensino na área das medicinas alternativas e complementares mais antiga em Portugal, com Pós-graduação em Educação na Universidade Livre (Ministério da Educação), no ano de 1990, com Diploma de especialista em Acupuntura e Medicina Oriental, pela Universidade Internacional Medicina Alternativa (Sri Lanka), no ano de 1988, com Doutoramento em Acupuntura, Moxabustão e Tuina pela Universidade de Medicina Tradicional Chinesa de Nanjing (NUJCM), da República Popular da China, nos anos de 2003-2006, e com Diploma de Estudos Superiores de Medicina Tradicional Chinesa da NUJCM, República Popular da China, no ano de 2000 <sup>132</sup>, - foi representante de Medicina Tradicional Chinesa no Conselho Consultivo das Terapêuticas Não Convencionais (Ministério da Saúde)<sup>133</sup>. José Faro possui cédula profissional em acupuntura C-0500065 e em medicina tradicional chinesa C-006960. José Faro exerce o cargo de Codiretor na Escola de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC) desde a data da sua fundação em 1992, de Codirector

---

<sup>131</sup> <http://feiraalternativa.pt/arquivo/miguel-boieiro>  
<https://www.spnaturalogia.pt/wp/evento/palestra-introducao-a-fitoterapia-por-miguel-boieiro/>  
[https://www.unicepe.pt/esperanto/miguel\\_boieiro.html](https://www.unicepe.pt/esperanto/miguel_boieiro.html)

<sup>132</sup> <https://esmtc.pt/blog/jose-faro>

<sup>133</sup> Despacho n.º 12337/2014

Clínico do Centro de Consultas de MTC da ESMTC, desde 1992, e ocupa presentemente o lugar de Presidente da Direção da APAMTC – Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa, fundada em 2000. Para além disso lecionou na ESMTC (de 1992 até à data presente), na Universidade Independente (2002-2004) e no Instituto Médico Naturista, Lisboa, (1991-1993), as disciplinas de Teoria Básica da MTC, Diagnóstico da MTC, Acupunctura Clínica, Topografia dos Meridianos e dos Pontos, Fisiologia Energética, Prescrição de Fitoterapia em MTC, Psicologia da MTC, Tai Chi e Chi-Kung Terapêuticos, Ética e Deontologia e Introdução aos Produtos Fitoterápicos Chineses.

Maria Deolinda Camilo Rodrigues Fernandes com cédula profissional em acupuntura (N.º C-0500066)<sup>134</sup> e em medicina tradicional chinesa (N.ºC-006963), e também ela representante no Conselho Consultivo das Terapêuticas Não Convencionais (Ministério da Saúde), neste caso de acupuntura<sup>135</sup>, é dos terapeutas mais antigos no cenário português das MAC. Maria Deolinda Fernandes revela no seu curriculum vitae, apresentado no site da ESMTC<sup>136</sup>, que possui como habilitações académicas “Doutoramento em Acupunctura, Moxabustão e Tuina pela Universidade de Medicina Chinesa de Nanjing, (NJUCM, R.P.China) (2006); Licenciatura em Medicina Tradicional Chinesa pela Universidade de Medicina Tradicional Chinesa de Nanjing, República Popular da (NJUCM, R.P. China) (1998); Curso de Acupunctura e MTC pela Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural (APMA) (1991); Licenciatura em Sociologia pelo Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE) (1977)” e experiencia profissional nas terapêuticas de acupuntura e medicina tradicional chinesa desde 1987, designadamente “Exercício clínico privado como Acupunctora e Especialista de MTC (1987/2017); Exercício clínico como Acupunctora e Especialista de MTC na Obra Social do Ministério das Obras Públicas (OSMOP) (1992/1994), Exercício clínico como Acupunctora e Especialista de MTC no Centro de Consultas da ESMTC (1992/2017), Codirecção clínica do Centro de Consultas da ESMTC (desde 1992), Ensino de Chikung terapêutico a pacientes e estudantes (desde 1990), e Coordenadora de estágio clínico no Centro de Consultas da ESMTC (1992/2003)”. Maria Deolinda Fernandes teve um papel preponderante na área do ensino das MAC ao se dedicar, durante décadas, ao ensino de disciplinas como “Teoria Básica de MTC”, “Diagnóstico em MTC”, “Introdução à

---

<sup>134</sup> <https://tdt-rhs.min-saude.pt/pages/TNCACSS.aspx>

<sup>135</sup> Despacho n.º 12337/2014

<sup>136</sup> <https://esmtc.pt/docentes/deolinda-fernandes>

Acupunctura e Moxabustão”, “Acupunctura Clínica e Análise de Casos Clínicos” e “Chi Kung Terapêutico” na ESMTC . Para além disso tem desempenhado cargos de dirigente na ESMTC (Codirecção e Coordenação Pedagógica) e tem sido um membro participativo e ativo da Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa, na qual desempenha atualmente a função de secretária geral na direcção.

Por fim salientamos um nome socialmente reconhecido como ligado às MAC, talvez mesmo, temos a ousadia de o afirmar, o mais conhecido no nosso país, Pedro Choy. Pedro Choy, nascido em Macau, filho de pai português e mãe chinesa, que cresceu em Almeirim, vila portuguesa, em condições segundo o próprio bastante humildes, é reconhecido publicamente e socialmente em Portugal como o rosto da acupunctura e da medicina tradicional chinesa. Tal deve-se em parte ao facto de nos meios de comunicação, designadamente nos principais canais de televisão, ter dado várias entrevistas em diversos programas de entretenimento nas últimas décadas. Exemplo disso são as entrevistas realizadas na “Praça da Alegria” em novembro de 2018 e maio de 2019, no “Agora nós” em setembro de 2017 e na “Casa Feliz” em janeiro de 2020. Pedro Choy iniciou o curso de medicina na Universidade de Coimbra, no entanto, não concluiu o mesmo, tendo-se formado em medicina chinesa na Faculté des sciences médicales de Marseille, França<sup>137</sup>. Pedro Choy tem cédula profissional em fitoterapia n.º 0400283, acupunctura n.º 0500064, e em medicina tradicional chinesa n.º C-00684 emitida pela ACSS<sup>138139</sup>. Em 1986 abriu a sua primeira clínica de acupunctura em Coimbra. Pedro Choy presentemente tem 21 clínicas distribuídas por Portugal<sup>140</sup>. Pedro Choy é presidente da Universidade de Medicina Chinesa, dedicando-se à formação e ensino na área da medicina tradicional chinesa desde 1997, segundo o próprio<sup>141</sup>. Para além disso fundou a Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas (APADA) (Franco, 2010), e a Associação Portuguesa de Profissionais de Acupunctura (APPA) em maio de 2001<sup>142</sup>, e foi vice-presidente da World Federation of Chinese Medicine Societies, com sede em Pequim<sup>143</sup>. Pedro Choy, com fortes ligações ao Bloco de Esquerda, tendo sido cabeça de lista por duas vezes à Assembleia Municipal de Salvaterra de Magos e membro da

---

<sup>137</sup> [https://www.facebook.com/pedro.choy.10/about\\_work\\_and\\_education](https://www.facebook.com/pedro.choy.10/about_work_and_education)

<https://www.clinicapedrochoy.com/noticias/revista-cristina-por-margarida-menamo-ferreira/>

<sup>138</sup> [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Lista-de-cedulas-emitidas\\_janeiro\\_2018.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Lista-de-cedulas-emitidas_janeiro_2018.pdf)

<sup>139</sup> [http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Lista-de-cedulas-emitidas\\_janeiro\\_2018.pdf](http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/03/Lista-de-cedulas-emitidas_janeiro_2018.pdf)

<https://tdt-rhs.min-saude.pt/pages/TNCACSS.aspx>

<sup>140</sup> <https://www.clinicapedrochoy.com/sobre-nos/>

<sup>141</sup> <https://www.umc.pt/index.php/a-umc/mensagem-do-presidente-menu>

<sup>142</sup> <https://appa-mtc.org/>

<sup>143</sup> <https://www.revistamacau.com/2011/06/05/portugues-e-chines-de-coracao/>



estrutura coordenadora do Bloco de Esquerda (BE) no concelho de Salvaterra de Magos, teve um papel essencial na regulamentação das terapêuticas não convencionais.

Maria Manuela Nunes Costa Maia Silva, advogada, inscrita na ordem dos advogados desde 1984, formou-se nas medicinas alternativas e complementares na década de 90, tendo cédula profissional emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. em osteopatia e fitoterapia. Estudou acupuntura e naturopatia na Escola Superior Técnicas Parasitárias nos anos de 1993 – 1997, concluiu na Universidade Beijing, nos anos de 1997 – 1998, Pós-Graduação em Acupuntura e Moxibustão e nos anos de 1999 a 2001 tirou o curso de Master em Medicina Natural e Especialista em Dietética e Nutrição na Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela<sup>144</sup>. Maria Manuela Silva tem desempenhado várias funções e cargos em diversas associações e instituições. M Manuela Silva é Diretora Geral das clínicas Vital, a funcionar desde 1999<sup>145</sup>, membro fundador do Centro de Investigação em Medicina Natural e de outros centros de investigação, e exerce os cargos de Presidente da APSANA – Associação Europeia de Profissionais de Saúde Natural e de Diretora Geral do Instituto Português de Naturologia<sup>146</sup>. Para além disso participou e acompanhou os trabalhos preparatórios da Lei 71/2013, de 2 de setembro e foi representante da fitoterapia no Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais<sup>147</sup>.

António Felismino Alves, com registo de cédula profissional na lista dos profissionais das terapêuticas não convencionais da Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., foi representante da quiropraxia no Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais<sup>148</sup>. António Felismino Alves com a formação académica, segundo o próprio, de Doctor of Chiropractic pela faculdade de Quiroprática da Life University, em 1986, na Geórgia, EUA, o certificado de Chiropractic Sports Physician (especialista do desporto) pela Federation International de la Chiropractique Sportive, diplomado pelo National Board of Chiropractic Examiners e pós-graduação em Network Spinal Analysis, Bio Energetic Synchronization Technic, Thompson Technic, foi o primeiro quiroprático

---

<sup>144</sup><https://pt.linkedin.com/in/m-manuela-nunes-costa-maia-silva>  
791a9840?challengeId=AQH2uEqaczf2fgAAAXWZU1X5h62V\_tdpC3DSFOg05yH-6BISxLfO97d5hSsQxVa7OVptAalexinnkm1n55WFNWaQ98rBZvxQUw&submissionId=5d5d79ce-cfaa-4416-640a-4c962b11e963

<sup>145</sup> <https://clinicasvital.com/quem-somos/>

<sup>146</sup> <http://cimnatural.pt/staff-view/maria-manuela-maia-da-silva/?lang=pt-pt>  
<https://www.ipnaturologia.com/2020/03/comunicado-ipn-aos-seus-colaboradores-professores-e-alunos/>

<sup>147</sup> <http://cimnatural.pt/staff-view/maria-manuela-maia-da-silva/?lang=pt-pt>

Despacho n.º 12337/2014

<sup>148</sup> Despacho n.º 12337/2014

a estabelecer-se em Portugal<sup>149</sup>. António Felismino Alves foi presidente e fundador da Associação Portuguesa dos Quiropráticos criada em 1999, a primeira e a única Associação dos Quiropráticos em Portugal<sup>150</sup>.

No que se refere à homeopatia, uma das terapêuticas alternativas com mais história no nosso país, podemos afirmar que desde o século XX que esta prática terapêutica tem sido utilizada, e apesar de ter havido um período em que esteve submersa, esta nunca desapareceu completamente. A Farmácia Homeopática de Santa Justa, em Lisboa, fundada a 11 de agosto de 1906 é disso um exemplo, continuando a sua atividade até aos dias de hoje, nunca tendo segundo informação do próprio estabelecimento<sup>151</sup>, deixado de vender produtos homeopáticos. A Farmácia Homeopática de Santa Justa na página do seu Facebook promove, no entanto, não só a homeopatia como outras terapias alternativas como Terapia Sacro Craniana ou a Terapia Bowen.

A Farmácia Martins, também conhecida como Farmácia Homeopática da Estrela, Lisboa, criada em 1895, que vende produtos homeopáticos e naturais<sup>152</sup>, é mais um exemplo que revela que a homeopatia desde o século passado que é utilizada no nosso país.

A homeopatia apesar de ser uma terapêutica bastante contestada pela classe médica tem sido adotada e defendida por alguns médicos portugueses como é o caso da Dr.<sup>a</sup> Telma Gonçalves Pereira, médica anestésista<sup>153</sup>, falecida em julho de 2020, que exerceu simultaneamente medicina ortodoxa e medicina alternativa, designadamente homeopatia, no seu consultório médico e homeopático na Rua da Prata, em Lisboa. Segundo a Dr.<sup>a</sup> Telma Pereira “Não se pode falar de medicina homeopática, medicina há só uma”, resume, defendendo que só os médicos deveriam poder fazer homeopatia, após dominarem o diagnóstico”.<sup>154</sup>

Francisco António Franco Patrício, formado em Medicina no Hospital Egas Moniz, em fevereiro de 1978, com a cédula profissional de médico número 18881, Mestre em Naturopatia pela Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela

---

<sup>149</sup> <https://www.drantonioalves.com/>

<sup>150</sup> <https://www.quiropratica.org/quem>

<sup>151</sup> <https://www.facebook.com/farmaciahomeopaticadesantajusta>

<sup>152</sup> <https://www.facebook.com/farmacia.martins.1>

<sup>153</sup> <https://ionline.sapo.pt/artigo/395327/homeopatia-quando-os-medicos-se-convertem?seccao=Portugal>

<sup>154</sup> <https://ionline.sapo.pt/artigo/395327/homeopatia-quando-os-medicos-se-convertem?seccao=Portugal>

(2002), com a Competência de Acupuntura pela Ordem dos Médicos<sup>155</sup>, é outro médico defensor da homeopatia, sendo membro ativo de várias associações desta prática terapêutica. Francisco Patrício é representante de Portugal no ECH (European Committee for Homeopathy) desde 1992, é presidente da AMPH – Associação Médica Portuguesa de Homeopatia desde 2013, e foi também presidente da Sociedade Homeopática de Portugal criada em 2003 por médicos e farmacêuticos<sup>156</sup>.

O Professor Carvalho Neto, um dos mais antigos homeopatas portugueses, “Doutor em Ciências Médicas Homeopáticas (NW London University), Professor Doutor convidado pelo Kalubowila General Hospital, MD MA (Medicine Doctor, Medicina Alternativa) pela Open International University, Tecn. Sup. Naturopatia – IMN, Licenc.Naturopatia – IMN e ND ( Naturopathic Doctor) que se tem dedicado ao estudo e investigação da Homeopatia, Naturopatia e Iridologia”<sup>157</sup>, com cédula profissional em naturopatia n.º 0300346 emitida pela ACSS<sup>158</sup>, diretor clínico na empresa Mydoctor Homeopatia Medicina Natural desde julho de 1980, na empresa My Doctor Homeopatia e Medicina Natural Lda desde dezembro de 2018 e na empresa My Doctor Clinic desde janeiro de 2019, teve um papel fundamental na história do associativismo das medicinas alternativas e complementares em Portugal. José Neto foi fundador das seguintes associações e instituições<sup>159</sup>:

- Colégio Internacional de Ciências Tradicionais (CICT);
- Colégio Internacional de Medicina Tradicional (CIMT);
- Escola Superior de Medicina Tradicional (ESMT), fundada em dezembro de 1992;
- Associação Portuguesa de Medicina Tradicional (APMT);
- Associação Portuguesa de Homeopatia Clássica e Energologia (APHC-E);

---

<sup>155</sup> [https://www.facebook.com/franciscopatricio.tony/about\\_details](https://www.facebook.com/franciscopatricio.tony/about_details)  
<https://ordemdosmedicos.pt/medicos-registados-na-ordem-dos-medicos/>

<sup>156</sup> [https://pt.linkedin.com/in/dr-francisco-patricio-aa382a24?challengeId=AQEWozbZVksDVgAAAXWkTEgyHvaodEESRP0yOzjCI9IsSS1-Zc52mu30ITLCWBG-neU39oE6VJ\\_yclQoJeCLCMDTPd-G8QZEFQ&submissionId=25bdae7-3c52-4516-e145-a1d52cf1436e](https://pt.linkedin.com/in/dr-francisco-patricio-aa382a24?challengeId=AQEWozbZVksDVgAAAXWkTEgyHvaodEESRP0yOzjCI9IsSS1-Zc52mu30ITLCWBG-neU39oE6VJ_yclQoJeCLCMDTPd-G8QZEFQ&submissionId=25bdae7-3c52-4516-e145-a1d52cf1436e)  
[https://www.facebook.com/franciscopatricio.tony/about\\_details](https://www.facebook.com/franciscopatricio.tony/about_details)

<http://www.homeopatiaportugal.org/paginas/historia.htm>

<sup>157</sup> <https://professorcarvalhoneto.pt/index.php/sobre-nos/quem-e-o-professor-carvalho-neto>

<sup>158</sup> <https://tdt-rhs.min-saude.pt/pages/TNCACSS.aspx>

<sup>159</sup> <https://professorcarvalhoneto.pt/index.php/sobre-nos/quem-e-o-professor-carvalho-neto>  
<http://www.medicinahomeopatica.com/saude/>

- Conselho Federativo dos Colégios dos Profissionais de Medicina Tradicional (CF-CPMT), associação socioprofissional constituída em maio de 2001<sup>160</sup>; Instituto Médico Homeopático – Clínica (IMH); Homeofarma – Laboratório

José Neto afirma ser o fundador da ciência e prática clínica Energologia, uma técnica que associa a todas as terapias naturais<sup>161</sup>, tendo também segundo o próprio, criado o primeiro medicamento homeopático para o Corona Virus Covid 19, encontrando-se este à venda nos seus sites<sup>162</sup>. Para além disso constata-se na sua página de Facebook que a sua prática está ligada a algum esoterismo.

Podemos então concluir que as medicinas alternativas e complementares desde as décadas de 70 e 80 que têm fervorosos praticantes, caracterizando-se muitos deles por se auto titularem como especialistas e praticantes não apenas de uma destas terapêuticas de saúde, mas de várias em simultâneo, tendo a sua formação nesta área em muitos casos sido realizada no estrangeiro. Devido a isso na elaboração desta pequena síntese sobre as MAC, neste período histórico, optamos por elaborar um texto que não descrevesse separadamente as sete terapêuticas não convencionais legalizadas em Portugal, e realizar uma apresentação geral de todas as setes. Para além disso constatamos que alguns destes profissionais apesar de afirmarem ser especialistas em mais de uma das terapêuticas não convencionais legalizadas não apresentam cédula profissional emitida pela ACSS em todas essas mesmas especialidades. No que se refere à homeopatia até à data não foi emitida nenhuma cédula profissional pela ACSS.

No próximo ponto deste capítulo iremos realizar uma breve síntese sobre a história do associativismo e do ensino das MAC em Portugal, assim como sobre a relevância que tal teve para a aceitação social e regulamentação das mesmas no nosso país.

---

<sup>160</sup> <https://agc.sg.mai.gov.pt/details?id=581901>

<sup>161</sup> <https://professorcarvalhoneto.pt/index.php/sobre-nos/quem-e-o-professor-carvalho-neto>  
<https://aphce.wordpress.com/energologia/>

<sup>162</sup> <https://www.medicinahomeopatica.com/saude/>

[https://www.facebook.com/MyDoctorNeto/about\\_details](https://www.facebook.com/MyDoctorNeto/about_details)

[https://professorcarvalhoneto.pt/index.php/detalhes/medicamento-s-c19?fbclid=IwAR0u1rv4DWIIS1wQToSDznwWmCBs\\_UO8Xh1ALT5fC\\_E6fenJ8NDPMu3FS1c](https://professorcarvalhoneto.pt/index.php/detalhes/medicamento-s-c19?fbclid=IwAR0u1rv4DWIIS1wQToSDznwWmCBs_UO8Xh1ALT5fC_E6fenJ8NDPMu3FS1c)

### **5.1.2 O Associativismo Profissional das MAC e o seu Ensino em Portugal da década de 70 até à atualidade**

#### **O Associativismo Profissional das MAC e o seu Ensino como Estratégias de Profissionalização e de Reconhecimento Social e Legal**

Para compreendermos a importância da história do associativismo profissional das MAC e do seu ensino é necessário perceber não só de que forma essa história contribuiu para a sua legitimidade social e regulamentação, mas também que o associativismo profissional das Mac e a instituição do seu ensino foram estratégias conscientes dos profissionais destas práticas para alcançar o seu reconhecimento profissional. A história do associativismo das Mac e do seu ensino em Portugal como vamos demonstrar contém paralelismos com a história das MAC em outros países ocidentais. Isto é, as estratégias de profissionalização e reconhecimento oficial e social usadas pelos praticantes portugueses destas terapêuticas alternativas, são semelhantes às utilizadas pelos profissionais das MAC noutros países ocidentais. Face a isso antes de nos debruçarmos sobre a história do associativismo profissional das Mac e do seu ensino em Portugal, assim como sobre as estratégias que os profissionais portugueses utilizaram para alcançar o seu reconhecimento legal e social, iremos apresentar alguns estudos sobre os processos de profissionalização das Mac e seu reconhecimento social e legal que nos permitirão posteriormente melhor compreender a história do nosso país.

Os estudos que vamos descrever devem, no entanto, ser compreendidos tendo em atenção que as estratégias de profissionalização das MCA e do seu reconhecimento legal e social, sucedem num contexto em que a profissão médica desfruta de um estatuto de hegemonia e apresenta-se com autonomia funcional (Freidson, 1984), isto é, como uma profissão que tem "...o poder de definir e controlar os termos e o conteúdo do seu próprio trabalho e, em determinadas estruturas de divisão do trabalho, de controlar e dirigir o trabalho dos grupos ocupacionais que se articulam com o seu campo de atividade" (Lopes, 2006, p.109). O seu poder tal como já referido deriva da afirmação de que o seu conhecimento é científico, usando tal epistemologia para debater todas as outras formas terapêuticas ou práticas de saúde que não requeiram critérios ditos científicos. É neste contexto de hegemonia da biomedicina, em que decorrem não só conflitos entre os praticantes das MAC e a classe médica, mas também no próprio seio das MAC, que se trava uma luta dos praticantes das MAC pela sua profissionalização e reconhecimento social e legal que se reveste de diferentes formas. Como o revelam os vários estudos e a própria realidade portuguesa esta luta ora tem significado uma submissão ao domínio da

biomedicina, a chamada cooptação das medicinas alternativas e complementares pela biomedicina; ora tem conseguido alcançar um pluralismo médico que passa pela autoajuda e responsabilização do doente que deixa de ser um sujeito passivo para se tornar ele próprio um especialista da sua doença e por uma autonomia técnica e profissional do praticante das MAC; ora demonstra que também as MAC se podem reger pelos métodos e metodologias científicas da biomedicina; ora numa posição completamente de oposição à biomedicina defende e faz prevalecer os valores e princípios tradicionais, espirituais, holísticos e até esotéricos das MAC; ora se traduz num complexo processo em que todos estes fatores estão envolvidos nesse mesmo processo de profissionalização e reconhecimento mas que dependendo da modalidade das MAC e do período histórico prevalece um deles.

O processo de profissionalização, segundo vários estudos (Cant & Sharma, 1995; Saks, 2000, 2003; Saks & Lee-Treweek, 2005) diverge de uma terapêutica alternativa para outra devido cada uma delas abranger um paradigma diferente, o que dificulta a profissionalização (cit. por Pegado, 2017) e o reconhecimento legal e social das MAC. Para além disso este processo de profissionalização diverge também de país para país uma vez que cada país se caracteriza por uma história sociocultural diferente, verificando-se inclusive que as terapias ou medicinas alternativas legalizadas e reconhecidas socialmente diferem de país para país.

No entanto, independentemente dessas diferenças encontradas no processo de profissionalização, as estratégias de profissionalização de todas as MAC têm consistido segundo Saks (2001)

*“...na criação de sistemas de formação especializada de nível superior (escolas e cursos), pela constituição de associações profissionais, bem como pela formalização de normas e padrões orientadores da prática (por exemplo, códigos éticos e deontológicos, regras de conduta, padrões de competências, etc.). Assim, independentemente das especificidades das estratégias de legitimação utilizadas, os processos de profissionalização incluem três componentes centrais: i) as associações profissionais; ii) a formação especializada; iii) a credenciação e o licenciamento pelo estado (Barnes, 2003)”* (cit. por Pegado, 2017, p.111).

Almeida (2016) revela que o credencialismo institucional e ocupacional foram as estratégias utilizadas pelos profissionais das MAC, designadamente a criação de

associações profissionais e cursos de treinamento credenciados, que possibilitaram aos praticantes das MAC adquirirem coesão de grupo e se distanciarem do charlatanismo.

Como referido estas estratégias de profissionalização são desenvolvidas num contexto socioeconómico e político em que a biomedicina tem um status social, económico, científico e político de hegemonia levando a que as diversas MAC tomem diferentes posições perante a dominação da profissão médica. Tal é motivo de conflito não só entre as MAC e a biomedicina, mas também no seio das próprias MAC.

O conflito entre as MAC e a medicina convencional tem sido palco de diferentes respostas por ambas as partes envolvidas. A resposta da medicina convencional ao inegável crescimento das MAC no mundo ocidental, tem sido ora a sua marginalização, ora a sua cooptação. No que se refere às MAC a resposta adotada perante a dominação biomédica foi a luta pela profissionalização (Wiese et al., 2010). A profissionalização dos praticantes das MAC, compreendida enquanto processo no qual uma ocupação luta por conseguir o reconhecimento social e legal do seu estatuto de “profissional”, tem sido, no entanto, restringida pela classe médica, que tal como defende Saks (1995) numa posição de exclusão de fechamento social controla o mercado de saúde.

Wiese et al. (2010, p. 337) num estudo sobre a relação atual e emergente entre biomedicina e MAC identificam duas estratégias profissionais utilizadas pelos praticantes das MAC:

- Uma estratégia de “deferência” no que se refere à incorporação convencional – Esta estratégia significa a aceitação de uma posição subordinada à biomedicina;

- uma estratégia de "legitimidade externa" através da regulamentação estatal – Esta estratégia é alcançada através de três processos: “estratégias para obter o reconhecimento do Estado e a autorregulação de suas práticas de MC; estratégias de credenciamento para obter reconhecimento convencional para os padrões educacionais de suas práticas de MC; e estratégias de trabalho de limite para estabelecer e manter limites profissionais em torno de sua área de prática de MC (Cant & Sharma, 1996b; Kelner et al., 2002; Norris, 2001; Welsh et al., 2004)” (2010, p. 337)

Estas duas estratégias de profissionalização são de forma semelhante identificadas em outros estudos, nomeadamente verificámos que os autores Barnes (2003), Bakx (1991), Pegado (1998; 2017) e Almeida (2016) se referem a estas mesmas estratégias.

Bakx (1991) refere que os conflitos existentes no seio das MAC existem devido haver sistemas terapêuticos que querem ser compreendidos como complementares da biomedicina e outros como alternativos, na medida que esta última perspectiva os opõem à biomedicina.

Barnes (2003, p. 262) num estudo sobre a profissionalização da acupuntura identifica dois tipos de estratégia de profissionalização utilizados pelos acupuntores: os praticantes que se mantêm empenhados em manter as dimensões espirituais das terapias chinesas e valorizam o corpo, a mente e o espírito; e os praticantes que se aproximam da biomedicina e dos seus padrões de cientificidade e tentam aplicar os métodos científicos da biomedicina à acupuntura, nomeadamente “...enviam propostas de ensaios clínicos randomizados, duplo-cegos e controlados para testar protocolos de acupuntura para dor lombar”.

Também Villanueva-Russell (2005) fala das divisões e conflitos existentes por vezes no seio das MAC, mais propriamente no que se refere a uma destas terapêuticas, à quiropraxia. Villanueva-Russell identifica um conflito intra profissional no seio dos praticantes de quiropraxia que se traduzia na luta entre os “straight” que defendiam os valores da quiropraxia, o vitalismo e o “ajuste tradicional da coluna apenas com as mãos para remover a interferência do nervo e, portanto, garantir um fluxo livre da Inteligência Inata por todo o corpo” e os “mixers” que tinham uma perspectiva “muito mais congruente com a epistemologia mecanicista de medicina ortodoxa” e deste modo “mais aberta à medicina convencional e aos princípios científicos convencionais” (2005, p. 549).

Em Portugal Pegado (1998, p. 36) na sua tese de mestrado realizou um estudo junto dos terapeutas das MAC em que concluiu que a opção das medicinas alternativas e complementares pela complementaridade significava uma estratégia de legitimação destas terapias. Estas apesar de rejeitarem uma posição de subordinação relativamente à biomedicina tentavam nesta luta pelo seu reconhecimento e por um estatuto semelhante à biomedicina, se aproximar do modelo biomédico da cientificidade afastando-se dos elementos esotéricos (Pegado, 1998, p. 36).

Almeida (2016) num estudo realizado a homeopatas e acupunturistas portugueses afirma que uma das formas de legitimação dos praticantes das MAC tem sido a inclusão e demarcação. Por um lado, os praticantes das MAC procuram se legitimar através de uma aproximação à ciência e ao conhecimento biomédico que pode conceder à prática



das MAC “níveis mais elevados de confiança pública e, portanto, oferecer oportunidades para criar melhores condições para a promoção de MAC na saúde” (Almeida, 2016, p. 460). Por outro lado, os praticantes das MAC demarcam-se da medicina convencional através de «*valores legitimadores*» “como cuidado holístico, cuidado preventivo, promoção da saúde e controle da dor e condições crônicas «que lhes permitem não só uma distinção com a biomedicina como também «controlar os espaços jurisdicionais abertos pela biomedicina (Abbott, 1988)” (Cit. por Almeida, 2016, p. 460).

Almeida e Gabe (2016, p.75) num estudo que teve como finalidade verificar “(1) até que ponto os profissionais da MAC influenciaram a formulação de políticas em Portugal e, assim, agiram como um poder de compensação; (2) o grau em que o sistema político português tem sustentado as tentativas dos praticantes da MAC de serem incluídas na saúde ortodoxa; e (3) as mudanças na posição da profissão médica em relação às MAC e aos praticantes da MAC”, assim como as estratégias de luta que os profissionais portugueses das MAC adotaram, demonstram que o processo de profissionalização envolveu simultaneamente oposição e aliança. Por um lado, os praticantes das MAC organizaram-se, e neste caso estamos a referir-nos ao facto de que constituíram associações profissionais como foi o caso da FENAMAN e exerceram ora pressão sobre o Estado ora alianças estratégicas com este. Por outro lado, os profissionais da classe médica mudaram a sua posição relativamente às MAC e à sua regulamentação legal: no final da década de 1990 a instituição médica defendia que devido à falta de evidências científicas as MAC não deviam ser legalizadas, posteriormente na década de 2000 “defende a incorporação de terapias MAC «cientificamente comprovadas» na medicina” (Almeida & Gabe, 2016, p.80).

No que se refere à formação e credenciação do ensino das MAC temos que ter em atenção a complexidade do mercado das medicinas alternativas e complementares, designadamente o elevado número de terapias que existem, a forma diferenciada como estão organizadas e o facto de cada comunidade terapêutica ter objetivos diferentes (Cant & Sharma, 1999). Cant e Sharma (1999, pp. 60 - 61) afirmam que as MAC numa tentativa de se demarcarem de outros conhecimentos compreendidos como ilegítimos, ou seja, numa tentativa de adquirirem reconhecimento social e oficial, alteraram a forma “como o conhecimento médico alternativo é codificado, transmitido e descrito” podendo essas mudanças, segundo as autoras ser agrupadas em quatro tipos principais:

- Codificação e acreditação – verificou-se uma mudança no ensinamento do conhecimento das MAC que deixou de ser realizado através de um modelo mestre-aprendiz, que tinha como base não um curriculum ou as qualificações, mas o estatuto carismático do primeiro, para o estabelecimento de um modelo formalizado e estandardizado. A criação de instituições formais de ensino das MAC foi, no entanto, diferente de país para país e de terapia para terapia. Estas alterações no modelo de ensino das MAC levaram a um aumento significativo de alunos. Contudo este novo modelo de ensino das MAC não deixou de ser alvo de algumas críticas por alguns praticantes que referiam que as novas diretrizes eram demasiado rígidas impedindo a inovação;

- O atenuamento das reivindicações de conhecimento - As terapias alternativas deixaram de reivindicar alguns dos seus conhecimentos iniciais, tais como a crença que a manipulação da coluna vertical tinha o potencial de curar um vasto leque de problemas mecânicos ou orgânicos, a espiritualidade da força vital ou a capacidade da homeopatia para curar todas as doenças médicas. Estas restrições ao seu conhecimento inicial, no entanto, podem provocar que se tornem menos apelativas para o doente e provocar cisões no seio das MAC, havendo praticantes a reivindicar pela complementaridade das MAC e outros pela sua forma alternativa;

- Alinhamento ao paradigma científico – Têm existido esforços para a aproximação das MAC ao paradigma científico da biomedicina a três níveis: 1.º - As instituições de ensino das MAC incluíram em seus currículos disciplinas da ciência médica tais como a biologia, a patologia e a fisiologia; 2.º - As MAC tentaram explicar como as suas terapias funcionam recorrendo ora ao modelo científico da biomedicina ora criticando este modelo e propondo um novo modelo científico; 3.º Por último alguns praticantes complementares começaram a aceitar o uso de procedimentos científicos, designadamente ensaios de controle randomizados, para confirmar que sua terapia funciona na prática. A adoção do paradigma científico pelas MAC é, no entanto, percecionado por alguns com alguma apreensão e mesmo criticado na medida que tal como refere Dale (1996) pode provocar “implicações na integridade de certos conhecimentos e as formas como as terapias são compreendidas e desenvolvidas” (cit. por Cant e Sharma, 1999, p. 68);

- Construção de limite – As MAC têm sofrido gradualmente, ainda que com diferenças de país para país e de terapia para terapia, um “fechamento social” que se tem traduzido na obrigatoriedade de requisitos de entrada na profissão mais exigentes e numa

formação mais qualitativa e longa (Cant & Sharma, 1999). O fechamento social, contudo, foi mais eficaz nos sistemas completos e menos nas outras terapias alternativas. O registo dos profissionais qualificados permitiu distinguir o praticante das MAC “autentico”, que comprovou as suas competências através de exame e prática supervisionada, daqueles que se autointitulam praticantes desta ou daquela terapia alternativa (Cant & Sharma, 1999). A pluralização dos cuidados de saúde, ocorreu deste modo num contexto que exigiu que as MAC se adaptassem, ainda que não completamente ao paradigma estabelecido, ou seja ao paradigma científico da biomedicina (Cant & Sharma, 1999). O registo dos profissionais vai deste modo possibilitar a criação de códigos éticos e deontológicos, padrões de licenciamento e currículos básicos. Contudo estas mudanças não foram unânimes na classe de profissionais das MAC, tendo gerado conflitos e lutas intra profissionais. Muitos profissionais das MAC, principalmente aqueles que estiveram ligados ao início do ressurgimento destas, não aceitaram as posições que as suas associações profissionais representativas tomaram, temendo que a sua autonomia seja perdida e passe a existir uma subordinação à autoridade e prática biomédica (Cant & Sharma, 1999, p.70). Para além disso estes também temem “que a verdadeira essência e a individualidade dessas abordagens alternativas da medicina tenham sido perdidas, particularmente por aceitarem um papel complementar para sua prática terapêutica. Especificamente, os terapeutas temem que possam ter servido para subordinar seu conhecimento ao da biomedicina” (Cant & Sharma, 1999, p.70).

Podemos concluir que o processo de profissionalização e reconhecimento das MAC se revela semelhante no mundo ocidental apesar das diferenças apresentadas dependendo da modalidade das MAC, do período histórico e do país em que decorre.

### **O Associativismo Profissional das MAC em Portugal**

Como já mencionado uma das estratégias de profissionalização dos grupos ocupacionais que ambicionam a sua legitimação é a criação de associações profissionais representativas dos seus interesses. Estas associações profissionais para além de constituírem padronizações de prática, estabelecendo códigos éticos e deontológicos, definindo conteúdos para a formação, enquanto representantes de grupos de ocupações, lutam pelos seus interesses e objetivos, organizando-se e utilizando todos os procedimentos estratégicos possíveis para os conseguir concretizar. Esses procedimentos

estratégicos consistem em realizar ora alianças com as forças políticas do estado ora em utilizar procedimentos de pressão (petições, meios de comunicação social, etc.) junto do estado com a finalidade de conseguir a regulamentação legal da atividade.

Em Portugal, após o 25 de Abril, num contexto sociopolítico favorável, com a reemergência das MAC, começam a surgir as primeiras associações profissionais relativas às MAC ao abrigo do Decreto-Lei nº 215-C/75 de 30 de Abril que “confere às entidades patronais o direito de se constituírem em associações patronais para defesa e promoção dos seus interesses empresariais”<sup>163</sup>.

A primeira associação a ser criada em Portugal foi a Associação Politécnica Portuguesa dos Profissionais das Atividades Para-Científicas, em setembro de 1978<sup>164</sup>, registada oficialmente como associação profissional e que “visava reunir todos os que atuavam à margem, desde terapeutas a curandeiros e a bruxos”, como eram “comumente designados todos os que desenvolviam atividades terapêuticas não reconhecidas oficialmente” (Franco, 2010, p.144). No entanto, segundo Reinaldo Baptista, pioneiro na criação de associações profissionais das MAC, esta não era ainda uma associação profissional das MAC (Franco, 2010).

Na sequência de aconselhamento jurídico de como proceder para conseguir reconhecimento oficial da sua atividade, um grupo de praticantes das MAC da primeira geração toma conhecimento que ao abrigo do decreto-lei de 1975 era possível constituírem associações profissionais e que para fundarem “uma federação teriam de ter no mínimo três associações” (Franco, 2010, p.144).

A primeira associação profissional relativa às MAC foi a Associação Portuguesa de Naturopatia (APNA)<sup>165</sup> fundada em 1982 (Franco, 2010). Posteriormente foram fundadas a Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural (APMA) em 1982 e a Associação Portuguesa de Homeopatia (APH) em 1984 (Franco, 2010; Pegado, 2017; Almeida, 2012a)<sup>166</sup>. Franco (2010, p.144) refere que a criação destas associações foi uma estratégia profissional “juridicamente informada”.

---

<sup>163</sup> Artigo 1.º Decreto-Lei nº 215-C/75 de 30 de Abril

<sup>164</sup> <https://agc.sg.mai.gov.pt/details?id=575474&ht=civil>

<sup>165</sup> Na aplicação archeevo do Ministério da Administração Interna não encontramos qualquer registo desta associação.

<sup>166</sup> Não encontramos qualquer registo destas associações nos sites governamentais

A Federação Nacional de Associações de Medicinas Naturais (FENAMAN), com estatutos publicados a 30 de novembro de 1990<sup>167</sup> no Boletim do Trabalho e do Emprego, de que faziam parte as três associações mencionadas, surge então deste modo (Franco, 2010). Reinaldo Baptista, um dos fundadores da FENAMAN, afirma que face à lacuna existente no que se refere à credenciação dos profissionais, a FENAMAN assumia “a responsabilidade de disciplinar o sector (...) emitindo uma cédula profissional e outros documentos que serviam de credenciação técnica, científica e deontológica” (Franco, 2010, p. 144). No ano de 2000, durante o processo de regulamentação das MAC, houve uma divisão entre os terapeutas federados na FENAMAN, que deu origem ao Conselho Federativo – Federação Portuguesa das Medicinas Não Convencionais (Franco, 2010, p. 144).

A criação destas primeiras associações e federações possibilitou não só o reconhecimento da atividade profissional dos praticantes das MAC pelo Ministério do Trabalho, como mais tarde o reconhecimento desta em termos fiscais com a constituição de categorias específicas, nomeadamente de Naturopata-Naturopata, Homeopata-Naturopata e Acupuncto-Naturopata, na Classificação Nacional das Profissões, em 1994 (Franco, 2010; Ventura, 2018).

Após a publicação da Lei n.º 45/2003 - Lei de Bases das Terapêuticas Não Convencionais, surgiu a diferenciação entre as associações que agregavam os chamados “técnicos”, que eram os “...que detêm menos formação, os que praticam medicinas ou terapêuticas não reconhecidas na lei e os que dão apoio aos profissionais que detêm mais formação, ou seja, com formação superior a 6 anos” e as associações que agregavam os “especialistas” que eram aqueles praticantes de MAC “com formações iguais ou superiores a 6 anos e currículos com vários anos de prática” (Franco, 2010, p.146) .

Em 21 de janeiro de 2005, por iniciativa dos mais antigos naturólogos é criada a CNNET - Câmara Nacional dos Naturopatas-Especialistas das Terapêuticas Não Convencionais<sup>168</sup>, cujos membros tinham de ter formação superior a 6 anos para serem aceites (Franco, 2010). Posteriormente é fundada a Associação Nacional de Técnicos em Terapêuticas Não Convencionais.

---

<sup>167</sup> Boletim do Trabalho e do Emprego, 3ª série, nº22 de 30-11-90.

<sup>168</sup> <https://agc.sg.mai.gov.pt/details?id=583214>

Em meados da década de oitenta, após um período em que as associações criadas agregavam todos os praticantes de práticas de saúde que estavam à margem, independentemente da modalidade das MAC praticada, deu-se início a um novo período em que surgiram muitas associações profissionais específicas das MAC (Franco, 2010). Este novo momento foi caracterizado por apresentar diferenças entre as várias terapêuticas das MAC. Após a criação da Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural (APMA) em 1982 por Araújo Ferreira, que foi a primeira associação profissional de acupuntura em Portugal, na década de 2000, surgiram outras não só criadas por praticantes de acupuntura sem formação médica como também por médicos praticantes de acupuntura.

A Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa<sup>169</sup> fundada em 2000, que teve o seu presidente de direção José Faro como representante na Comissão Técnica Consultiva das Terapêuticas Não Convencionais, foi uma das associações, como poderemos verificar no próximo ponto, com um papel relevante no processo de regulamentação das MAC. Esta associação foi constituída por alguns dos praticantes de acupuntura mais antigos em Portugal (Franco, 2010). Precedentemente Pedro Choy tinha fundado em 1996 a Associação Portuguesa de Acupuntura e Disciplinas Associadas<sup>170</sup> e mais tarde em 2001 a Associação Portuguesa de Profissionais de Acupuntura (APPA)<sup>171</sup>. As associações lideradas por Pedro Choy e as associações lideradas pelos terapeutas com mais antiguidade no mercado na área da acupuntura e da medicina tradicional chinesa, designadamente aqueles que “iniciaram o processo de institucionalização de serviços terapêuticos e de formação ainda nas décadas de 1970/1980”, foram protagonistas de um conflito aberto durante o processo de regulamentação das MAC, defendendo por vezes posições opostas como poderemos verificar posteriormente (Almeida, 2012a; Franco, 2010, p. 147).

Apesar da oposição da maioria da classe médica, nomeadamente do seu órgão profissional representativo, a Ordem dos Médicos, às MAC, a prática médica de acupuntura já existe desde a década de 80 em Portugal (Almeida, 2012b). A Sociedade Portuguesa Médica de Acupuntura – S.P.M.A criada em 19 de agosto de 2001<sup>172</sup>, tinha

---

<sup>169</sup> <https://agc.sg.mai.gov.pt/details?id=581440&ht=>

<sup>170</sup> <https://agc.sg.mai.gov.pt/details?id=621576&ht=Associa%C3%A7%C3%A3o|Portuguesa|de|Acupuntura|e|Disciplinas|Associadas>

<sup>171</sup> <https://agc.sg.mai.gov.pt/details?id=581917&ht=>

<sup>172</sup> <https://www.spma.pt/spma/#spma>

como principal objetivo conseguir o reconhecimento pela Ordem dos Médicos da competência em acupuntura médica<sup>173</sup>. Na sequência de tarefa proposta pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos à S.P.M.A. de estabelecer quais as regras e critérios para a criação de uma Competência Médica em Acupuntura, em 14 de maio de 2002 conseguiram atingir esse objetivo, ao Ordem dos Médicos aprovar a criação da Competência Médica em Acupuntura<sup>174</sup>. A S.P.M.A consegue deste modo que a acupuntura passe a ser uma modalidade terapêutica médica, a ser praticada legalmente exclusivamente por médicos, uma vez que só poderiam ser admitidos nos cursos de pós graduação em acupuntura médica, que posteriormente surgiram, “médicos legalmente habilitados ao exercício da medicina”<sup>175</sup>. A acupuntura passou a ser praticada por médicos nos Hospitais e Centros de Saúde do país. No entanto, esta modalidade terapêutica apenas e exclusivamente pode ser praticada nos estabelecimentos hospitalares portugueses por médicos e quase essencialmente para tratamento da dor (Almeida, 2012a). Constatamos deste modo que tal como é referido pela bibliografia estrangeira que houve uma admoestação ou cooptação da acupuntura por parte da medicina convencional dominante que no período histórico, do processo de regulamentação das MAC, tentou profissionalmente estrategicamente impedir que outros profissionais ameaçassem o seu mercado de saúde até à data de seu domínio quase absoluto.

Para concluir podemos afirmar que na história das MAC em Portugal, assim como das suas associações profissionais, se observam dois períodos históricos nos quais surgiram diferentes gerações de terapeutas das MAC:

1.º - Numa fase inicial do surgimento das MAC no nosso país os primeiros terapeutas das MAC intitulavam-se naturólogos e diziam ter conhecimento não só de naturologia como de todas as outras modalidades das MAC tais como acupuntura, homeopatia, osteopatia, e iridologia. Estes fundaram as primeiras associações profissionais das MAC e temos nomes como Reinaldo Baptista e Carlos Ventura;

2.º Num segundo período histórico surgiu uma nova geração de terapeutas mais especializada, “que valorizam o conhecimento especializado, investem somente numa área de formação de modo intensivo e não reconhecem como legítimas as práticas generalistas dos primeiros profissionais” (Franco, 2010, p. 146), que também criou

---

<sup>173</sup> <https://www.spma.pt/a-acupuntura/>

<sup>174</sup> <https://www.spma.pt/a-acupuntura/>

<sup>175</sup> <https://www.spma.pt/competencias/#critérios>

associações profissionais. Surge neste momento a cisão entre os “naturólogos”, os primeiros terapeutas das MAC em Portugal, e os terapeutas mais especializados em determinada terapêutica das MAC.

Esta divisão foi notória no processo de regulamentação das MAC. Contudo esta não foi a única cisão verificada neste processo. Para além desta constata-se nomeadamente no que se refere às áreas da acupuntura e da medicina tradicional chinesa diferentes posições nas associações lideradas por Pedro Choy e José Faro (Almeida, 2012a).

Por fim é importante sublinhar que para além das associações já mencionadas, foram criadas outras que tiveram também um papel ativo, tais como a AMENA- Associação de Medicina Natural e Bio Terapêutica, criada em 1986 <sup>176</sup> ou a Comissão Coordenadora para a Regulamentação da Naturologia (CCRN) liderada por Jerónimo Sardinha (Franco, 2010). A partir dos anos 1990 houve uma proliferação de associações relativas às MAC, existindo segundo um estudo elaborado por Pegado (2017) quase 40 associações associadas às MAC de natureza maioritariamente profissional.

## **Ensino e Formação das Medicinas Alternativas e Complementares**

Como já referido a mudança ocorrida na forma como o conhecimento das MAC é ensinado e transmitido é também uma estratégia de profissionalização dos praticantes das MAC na medida que esta mudança ao significar o estabelecimento de um currículo estruturado e de instituições académicas e de formação certificadas pelas competentes autoridades oficiais de um país legitima a atividade dos praticantes das MAC e dá acesso ao exercício legal da profissão. Em Portugal não existia até há muito pouco tempo como poderemos verificar posteriormente no Subcapítulo sobre os Ciclos de Estudos das Terapêuticas Não Convencionais Acreditados, formação certificada oficialmente pelas autoridades portuguesas. Contudo é de salientar que após o 25 de Abril isso não foi impeditivo para o surgimento de uma série de institutos, escolas, cursos, workshops e outro tipo de ações de formação relativamente às MAC.

Na década de 70, o ensino das MAC era pouco organizado e estruturado (Ventura, 2018). Os primeiros praticantes das MAC que se auto intitulavam naturólogos tiraram a

---

<sup>176</sup> <https://agc.sg.mai.gov.pt/details?id=576769>



sua formação no estrangeiro, como foi possível verificar no ponto anterior, com a descrição curricular de alguns dos mais ilustres praticantes das MAC, e posteriormente organizaram ações de formação em Portugal, onde transmitiam os ensinamentos adquiridos a outros (Franco, 2010; Ventura, 2018). Em 1976 é fundado o Instituto Médico Naturista que ministrava cursos de Naturologia com a duração de três anos, e que formou muitos dos praticantes das MAC que vieram a criar as primeiras associações profissionais das MAC (Pegado, 2017; Ventura, 2018). A constituição das primeiras associações de profissionais surgiu deste modo como consequência da formação no Instituto Médico Naturista, bem como da formação adquirida fora do país nas diversas áreas das MAC. Tal como refere Franco (2010, p. 146) “é a partir desta dinâmica que irão surgir as primeiras escolas superiores de formação com cursos ministrados a partir das associações profissionais”. Na década de noventa são criadas a Escola Superior de Biologia e Saúde, a Escola das Ciências Naturais e Homeopáticas e a Escola de Medicina Tradicional Chinesa (Ventura, 2018). Surgem deste modo vários cursos, designadamente em Naturopatia, Homeopatia, Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa, com a duração de quatro anos que se intitulam superiores (mas não reconhecidos pela tutela), ministrados por escolas ou associações (Pegado, 2017; Ventura, 2018).

Uma estratégia utilizada por algumas instituições de ensino das MAC, nomeadamente no que se refere às áreas da acupuntura e da medicina tradicional chinesa, em Portugal foi a credenciação dos cursos portugueses na China. Pedro Choy com fortes ligações institucionais com o Estado Chinês foi o grande pioneiro desta estratégia de profissionalização. Segundo Franco (2010, p.148) Pedro Choy foi Vice-Presidente da Federação Mundial de Associações de Medicina Chinesa (World Federation of Chinese Medicine Societies). A World Federation of Chinese Medicine Societies, sediada em Pequim, que tem como finalidade “fornecer as informações necessárias aos órgãos governamentais de cada país para viabilizar a regulamentação da Medicina Chinesa da forma mais homogênea possível e adaptada às normas internacionais”<sup>177</sup> é aprovada pelo Conselho de Estado da República Popular da China (RPC) e registada no Ministério dos Assuntos Cíveis da RPC, considerada oficialmente como “*Organização Académica Internacional*” da MTC (Franco, 2010). Para além disso o reconhecimento de Pedro Choy pela República Popular da China pode ser constatado por dois acontecimentos, um sucedido em abril do ano de 2008, quando Pedro Choy acompanhou a comitiva do

---

<sup>177</sup> <http://www.wcprcm.org/about-us.php>

governo chinês que visitou a Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República com o objetivo de promover junto do governo português a legalização da Medicina Tradicional Chinesa, no âmbito do processo de regulamentação, e outro que ocorreu nos finais de 2009, quando foi atribuído a Pedro Choy oficialmente pelo Ministro da Ciência e Tecnologia da RPC o prémio internacional pela divulgação da Medicina Chinesa (International Contribution Award for Development of Chinese Medicine) (Franco, 2010, p.148). Estas fortes ligações institucionais com a República Popular da China permitiram que em 2006 a Universidade de Medicina Chinesa (UMC) de Pedro Choy estabelecesse uma parceria pedagógica com a Universidade de MTC de Chengdu que possibilitou que os estudantes da UMC pudessem obter o grau de licenciatura em MTC reconhecida pelo Ministério da Educação da China<sup>178</sup>.

Para além da UMC também a Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa, criada pela Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC), e na qual José Faro exerce a função de Codirecção desde 1992<sup>179</sup>, estabeleceu com a Universidade de Medicina Chinesa de Nanjing (UMCN) desde 1996 uma estreita colaboração pedagógica e científica<sup>180</sup>.

O Instituto Português de Naturologia, fundado em 1999, constituído pela SEMT – Sociedade Europeia de Medicinas Tradicionais, empresa de “importação e distribuição de produtos fitoterapêuticos, nutracêuticos, Medicina Ortomolecular e material especializado para Clínicas e Espaços de Estética”, também utilizou esta estratégia de profissionalização estabelecendo colaboração com a Universidade de Beijing (Pequim)<sup>181</sup>. Segundo o site deste instituto os alunos após concluírem a formação têm a possibilidade de se candidatar ao Exame Internacional, na China, com o acompanhamento do Instituto Português de Naturologia (I.P.N.).

Uma outra estratégia de profissionalização tem sido a certificação destas instituições como entidades formadoras pela Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho. Tal foi o caso da Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa, que passou a ser denominada antes como Escola de Medicina Tradicional Chinesa, e do Instituto de Medicina Tradicional com atividade iniciada a 1998. O Instituto Português

---

<sup>178</sup> <https://www.umc.pt/index.php/a-umc>

<sup>179</sup> <https://esmtc.pt/docentes>

<sup>180</sup> <https://esmtc.pt/curso-mtc>

<sup>181</sup> <https://www.ipnaturologia.com/escola/#historia>

[https://pt-pt.facebook.com/pg/SEMT-Sociedade-Europeia-de-Medicinas-Tradicionais-128710227180185/about/?ref=page\\_internal](https://pt-pt.facebook.com/pg/SEMT-Sociedade-Europeia-de-Medicinas-Tradicionais-128710227180185/about/?ref=page_internal)

de Naturologia apesar de no seu site<sup>182</sup> referir ser certificado pela DGERT – Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho não nos foi possível encontrar qualquer registo no site da DGERT<sup>183</sup>.

Contudo é de salientar que segundo a legislação portuguesa estes cursos não concedem um grau de licenciatura ou grau académico, ou seja, não são credenciados. Em contrapartida a Ordem dos Médicos antecipa-se à regulamentação dos cursos das MAC e ao aprovar a criação da Competência Médica em Acupuntura estabelece a formação específica pós-graduada que cada médico deverá possuir para poder exercer a Acupuntura. Os Cursos de Pós-Graduação de atribuição da Competência em Acupuntura Médica que têm que ser obrigatoriamente realizados em estabelecimentos de ensino homologados pelo Ministério da Educação, foram desenvolvidos em várias instituições de ensino superior, em primeiro lugar, em 2003, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto, posteriormente pela Faculdade de Medicina de Coimbra no ano de 2007, e mais recentemente na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa em 2010 e na Escola de Ciências Médicas da Universidade do Minho em 2012<sup>184</sup>. Em junho de 2010 a revisão dos Critérios de Certificação de Cursos de Formação Pós-Graduada de atribuição da Competência em Acupuntura Médica estabelecia que todos os alunos dos cursos teriam que ser médicos legalmente habilitados ao exercício da medicina e que o Corpo docente destes Cursos tinha que ser constituído exclusivamente por Médicos<sup>185</sup>, existindo deste modo uma tentativa de fechamento do mercado a todos os restantes praticantes de acupuntura.

Posteriormente, nomeadamente numa pesquisa realizada na internet em junho de 2016 no âmbito de tese de doutoramento, Pegado (2017, p. 135) identificou vinte escolas “que tinham página na internet e que apresentavam ofertas formativas de nível superior, quer as que estão acreditadas pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) quer as que, não estando, possuem um número de ECTS compatível com o exigido para a licenciatura (240), ou pós-graduações e especializações para licenciados, em anos recentes (pelo menos do ano anterior)”. Neste estudo constatou-se que ao contrário do que se verificava antes em que o ensino e formação das MAC era exclusivamente prestado por instituições de ensino privadas unicamente dedicadas às

---

<sup>182</sup> <https://www.ipnaturologia.com/>

<sup>183</sup> <https://certifica.dgert.gov.pt/>

<sup>184</sup> <https://www.spma.pt/a-acupuntura/#portugal>

<sup>185</sup> <https://www.spma.pt/competencias/#critérios>

MAC, que proporcionavam cursos que se autoproclamavam de nível superior, apesar de não reconhecidos pela tutela, várias instituições de ensino superior particulares e públicas, designadamente escolas superiores de saúde e faculdades de medicina e de farmácia ministravam cursos de licenciatura, pós-graduação e mestrado nalgumas das terapias das MAC. Em junho e julho de 2016 tinham sido acreditadas pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) cinco licenciaturas em osteopatia e todas em escolas superiores de saúde. As instituições de ensino dedicadas exclusivamente às MAC não tinham conseguido a acreditação de nenhum dos seus cursos. Posteriormente na nossa investigação verificou-se, como será possível constatar no Capítulo VIII, que a osteopatia e a acupuntura nos anos de 2021 e 2022, eram as únicas terapêuticas em Portugal com ciclos de estudos acreditados pela Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior. Estes ciclos de estudo estavam acreditados em escolas superiores de saúde e não em instituições de ensino das MAC.

Podemos então concluir que a estratégia de acreditação do ensino das MAC pelas instituições de ensino dedicadas exclusivamente as MAC e com mais tradição nesta área no nosso país, pode não ter tido o sucesso almejado na medida que o mercado da oferta formativa das MAC começa a ser dominado, pelo menos no que se refere à formação credenciada, por instituições de ensino privadas e públicas da área das ciências da saúde.

## **5.2 O Processo de Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais em Portugal**

### **5.2.1 O processo de Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais antes da regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto**

O processo de regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais (TNC) em Portugal teve início de forma informal, na década de oitenta do século XX, ainda que neste período o esforço destas terapêuticas não fosse organizado e não tivesse a força política e social que posteriormente adquiriu. O notório aumento dos profissionais das terapêuticas não convencionais, assim como dos seus utilizadores, levou a que os nossos representantes políticos tivessem em atenção as recomendações e orientações internacionais da Organização Mundial de Saúde e do Conselho Europeu e tomassem algumas iniciativas políticas, na década de noventa, ainda que numa primeira fase improfícuas, com o objetivo de regulamentar as TNC.

Em Portugal, a regulamentação das terapias não convencionais gerou muita controvérsia, sendo a contextualização social e política deste processo essencial para a sua compreensão. A regulamentação das terapêuticas não convencionais em Portugal foi o resultado de um processo bastante moroso no tempo, que foi palco de um conflito inter profissional entre a ordem dos médicos portuguesa e as várias associações de profissionais das terapêuticas não convencionais, assim como das lutas políticas partidárias. Tanto a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Farmacêuticos, a Ordem dos Enfermeiros, as várias associações de profissionais das terapêuticas não convencionais, os Grupos Parlamentares, como diversas personalidades individuais, com destaque na sociedade portuguesa ligadas à área da saúde, manifestaram nesta discussão pública sobre as terapêuticas não convencionais, posições opostas e intransigentes, enunciando por vezes acusações graves que não permitiram que se chegasse a um consenso. Para além disso verificou-se também um conflito intra profissional, tanto no seio da classe médica como entre os profissionais das terapêuticas não convencionais, constatando-se algum antagonismo e por vezes até mesmo um conflito aberto. O processo de regulamentação das terapêuticas não convencionais em Portugal foi desta forma marcado por pequenos avanços e recuos que se sucederam durante quase quatro décadas.

As terapêuticas não convencionais, até ao ano de 2003, foram exercidas de forma ilegal, não existindo para o exercício das suas práticas qualquer enquadramento jurídico,

cabendo oficialmente exclusivamente aos indivíduos licenciados em medicina em universidade credenciadas e reconhecidas pelo Estado, as práticas de saúde.

No entanto, durante décadas e décadas indivíduos com formação em medicina, indivíduos sem qualquer formação em medicina, indivíduos com formação nas terapêuticas não convencionais e indivíduos sem qualquer tipo de formação em medicina ou mesmo nas terapêuticas não convencionais, tendo apenas o conhecimento advindo da sua experiência pessoal, praticaram as terapêuticas não convencionais e fizeram deste ofício o seu meio de subsistência.

É nosso parecer que o processo de regulamentação teve início na década de oitenta devido considerarmos que foi neste período que os terapeutas das TNC se começaram a organizar, estruturar e a reunir esforços para concretizar o seu objetivo de se profissionalizarem oficialmente. Como demonstrado anteriormente foi nesta época que surgiram as primeiras associações profissionais e que se deu início à luta pela regulamentação das TNC como o revela o facto dos profissionais das TNC em 1984 se fazerem representar na Assembleia da República com o objetivo de demonstrar a necessidade de legislar as TNC (consta no arquivo da Direção de Serviços de Documentação e Informação da Assembleia da República cit. por Franco, 2010).

Em 1994, na sequência de uma Diretiva Comunitária e dos esforços colaterais da Federação de Associações de Medicinas Alternativas Naturais e outras associações de profissionais das TNC, as Terapêuticas Não Convencionais foram incluídas na Classificação Nacional das Profissões no sub grande grupo 3.2. Profissionais de Nível Intermédio das Ciências da Vida e da Saúde. As profissões relativas às terapêuticas não convencionais estavam classificadas no subgrupo 3.2.4 Especialistas da Medicina Tradicional. Em 1996 os profissionais das TNC passaram a ter de se inscrever nas finanças, designadamente na categoria de paramédicos, para exercer as suas funções.

Em 1995, tendo em atenção as diretivas da União Europeia, da qual fazíamos parte, o governo português transpõe para a ordem jurídica portuguesa através do Decreto-Lei n.º 94/95, de 9 de maio, a Diretiva n.º 92/73/CEE, no se refere à “introdução no mercado, do fabrico, da comercialização, da rotulagem e da publicidade dos produtos homeopáticos para uso humano”<sup>186</sup>.

---

<sup>186</sup> Decreto-Lei n.º 94/95, de 9 de maio

Em dezembro de 1995, durante o XIII Governo Constitucional (1995- 1999)<sup>187</sup> constituído pelo partido socialista, a Direção-Geral de Saúde propôs a criação de um grupo de trabalho que com a finalidade de uma tomada de posição relativamente às TNC, deveria investigar as terapêuticas não convencionais a nível nacional e europeu. Em abril de 1996 por despacho da Ministra da Saúde, Maria de Belém Roseira foi constituído um grupo de trabalho composto por representantes do Ministério da Saúde, da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos, do Infarmed e do Departamento do Ensino Superior, não constando qualquer representante das terapêuticas não convencionais<sup>188</sup>. Este grupo de trabalho era liderado pelo Prof.º David Paiva (Sousa, 1998). Somente em março de 1999 o grupo de trabalho apresentou um relatório final com as suas conclusões. Nesse relatório é realizada a caracterização da situação existente das terapêuticas não convencionais, realçando a ausência de regulamentação que punha em causa a saúde dos cidadãos. O relatório propõe a criação de uma comissão constituída pelos Ministérios da Saúde e da Educação, pelas Ordens dos Médicos e dos Farmacêuticos e por representantes das associações das terapêuticas não convencionais, com o objetivo de dar início ao processo de regulamentação das TNC.

Durante o período entre dezembro de 1996 e março de 1999, foram apresentados vários requerimentos<sup>189</sup> por diferentes grupos parlamentares a solicitar esclarecimentos relativamente à composição do grupo de trabalho e informação sobre os desenvolvimentos do estudo realizado por este. Poderemos enunciar que, entre outros requerimentos, foram apresentados os seguintes: o N.º 137/VII e N.º 342/VII apresentados pelo deputado Bernardino Soares do grupo parlamentar do PCP, os requerimentos N.º 1332/VII e N.º 1331/VII apresentados pela deputada Heloísa Apolónia do grupo parlamentar de “Os Verdes”, e por último o N.º 69/VTT apresentado pelo deputado Jorge Roque do grupo parlamentar do PSD<sup>190</sup>. O Ministério da Saúde em 17 de dezembro de 1998, responde ao requerimento N.º 137/VII, da seguinte forma:

*“O grupo de trabalho (...) estabeleceu como uma das etapas a adotar, nomeadamente quanto à legalização da atividade dos profissionais à adoção de métodos de investigação científica, à regularização dos locais de venda de produtos e regras de produção, a realização de reuniões de consenso entre a Ordem dos Médicos e a Ordem dos Farmacêuticos, no sentido de serem fixadas as práticas por ambas as instituições. Esta*

---

<sup>187</sup>O XIII Governo Constitucional, constituído pelo Partido Socialista, tomou posse a 28 de outubro de 1995 e terminou o seu mandato a 25 de outubro de 1999.

<sup>188</sup> Relatório do Grupo de Trabalho - Medicinas Não Convencionais. 1999. Direção-Geral de Saúde

<sup>189</sup> Os requerimentos foram recolhidos no site oficial da Assembleia da República: <http://www.parlamento.pt/>

<sup>190</sup> Os requerimentos foram recolhidos no site oficial da Assembleia da República: <http://www.parlamento.pt/>

*questão que está a ser objeto de estudo no nosso país, coloca-se igualmente noutros países, pelo que entendeu aquele grupo de trabalho proceder à recolha de contributos junto de diferentes entidades nacionais e estrangeiras ligadas ao sector, para efeito de análise comparativa dos resultados obtidos”<sup>191</sup>.*

Ao analisarmos esta resposta do Ministério da Saúde concluímos que o grupo de trabalho tinha definido como sua prioridade máxima obter a aprovação da Ordem dos Médicos e dos Farmacêuticos relativamente às suas conclusões finais. Apesar disso e do tempo que demorou a concluir o relatório final, o grupo de trabalho, em março de 1999, apresentou as suas conclusões e recomenda a regulamentação das terapêuticas não convencionais. Contudo, o Governo Socialista não tomou qualquer posição ou iniciativa legislativa relativamente às terapêuticas não convencionais, após a conclusão dos estudos do grupo de trabalho.

O Bloco de Esquerda foi o primeiro partido político a apresentar uma iniciativa legislativa com o objetivo de regulamentar as terapêuticas não convencionais. A 13 de dezembro de 1999 foi admitido pelo Presidente da Assembleia <sup>192</sup> o Projeto de Lei N.º 34/VII – Regulamentação das Medicinas Não Convencionais da autoria de Francisco Louça e Luís Fazenda, tendo posteriormente baixado à Comissão Parlamentar<sup>193</sup> de Saúde e Toxicodpendência. O Projeto de Lei N.º 34/VIII – Regulamentação das Medicinas Não Convencionais é constituído por uma sumária exposição dos motivos pelos quais as terapêuticas não convencionais devem ser regulamentadas e pelos seguintes capítulos: Capítulo I – Princípios Gerais; Capítulo II – Qualificação e estatuto profissional; Capítulo III – Cuidados e medicamentos; e por último o Capítulo IV - Disposições Transitórias e

---

Ofício com a referência n.º 14247 de 17 de dezembro de 1998, do Gabinete do Ministério da Saúde recolhido no site: <http://www.parlamento.pt/>

<sup>192</sup>Explicação de todo o processo de constituição dos decretos lei retirada do site <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/Iniciativas-sobre.aspx>: A iniciativa legislativa é realizada pelos Deputados ou aos Grupos Parlamentares, e é denominada projeto de lei. Inicialmente é admitida pelo Presidente da Assembleia, para posteriormente ser objeto de um parecer da Comissão especializada a quem foi distribuída, seguindo-se o seu debate na generalidade, sempre feito em reunião Plenária, que finaliza com a votação na generalidade (sobre as linhas gerais da iniciativa).Segue-se um debate e votação na especialidade (artigo por artigo), que pode ser feito em Plenário ou em Comissão.

O texto final é submetido a uma votação final global sempre feita em Plenário. A iniciativa legislativa ou projeto lei aprovado chama-se Decreto da Assembleia da República. O Decreto, assinado pelo Presidente da Assembleia da República, é enviado ao Presidente da República para promulgação. Após a promulgação, o decreto assume a designação de Lei, é enviado ao Governo para referenda (assinatura do Primeiro-Ministro) e depois remetido à Imprensa Nacional para publicação na 1.ª série do Diário da República.

<sup>193</sup>“A Assembleia constitui comissões especializadas permanentes cuja composição corresponde à representatividade dos partidos com assento na Assembleia. O estudo e debate das iniciativas legislativas apresentadas à Assembleia é feito em comissão antes da sua apreciação ou votação em reunião plenária.”



finais. Este Projeto de Lei apresenta como principais motivos para a regulamentação das terapêuticas não convencionais

*“assegurar aos doentes a maior liberdade possível de escolha de método terapêutico, garantindo-lhes o mais elevado nível de segurança e a mais correta informação sobre a qualidade e eficácia das diversas disciplinas e especialidades da naturologia. Começa também a generalizar-se no seio do corpo médico convencional, a opinião de que diferentes modos de encarar a saúde e a doença, não se excluem, mas podem, pelo contrário, ser utilizados alternativa ou complementarmente”*<sup>194</sup>.

No Capítulo I são apresentados os seguintes princípios: o conceito das medicinas não convencionais; a defesa do pluralismo na medicina; e a garantia da qualidade dos tratamentos dispensados. No Capítulo II é descrita a qualificação profissional necessária para poder exercer as medicinas não convencionais, o estatuto profissional das mesmas, e a criação de uma Comissão Nacional de Peritos. O Capítulo III constituído por três artigos, com os temas Medicamentação, Cuidados de saúde e Locais de prestação de cuidados de saúde, refere que os medicamentos e produtos homeopático abrangidos pelo Decreto-Lei n.º 94/95, assim como as medicinas não convencionais com comprovada eficácia devem ser comparticipados pelo Estado. Por último o Capítulo IV apresenta as disposições transitórias e finais. Na reunião plenária de 31 de maio de 2000<sup>195</sup> foi discutida na generalidade o Projeto de Lei N.º 34/VIII – Regulamentação das Medicinas Não Convencionais. Todos os grupos parlamentares afirmaram a importância de discutir este tema, mas com exceção feita ao partido de “Os Verdes”, todos os restantes grupos (CDS-PP; PSD; PS; PCP) não concordaram com o conteúdo do Projeto de Lei. Foram aliás enunciadas algumas críticas, nomeadamente no que diz respeito à comparticipação pelo Estado nos medicamentos e produtos homeopáticos, assim como na prática das terapêuticas não convencionais. Para além disso criticaram também a não identificação das medicinas não convencionais que devem ser reguladas, isto é o Projeto de Lei não define quais as medicinas não convencionais que devem ser regulamentadas (o Projeto de Lei delega a identificação das medicinas não convencionais que devem ser regulamentadas para uma Comissão Nacional de Peritos). Na reunião plenária de 1 de junho de 2000<sup>196</sup> o Projeto de Lei N.º 34/VIII – Regulamentação das Medicinas Não

---

O Projeto de Lei N.º 34/VIII - Regulamentação das Medicinas Não Convencionais, Diário da Assembleia da República, II Série -A, n.º 10/VIII/1 de 18-12-1999, pp.138-141.

<sup>195</sup> Diário da Assembleia da República, I Série, n.º 72/VIII/1 de 2000-06-01, pp. 2843 -2851.

<sup>196</sup> Diário da Assembleia da República, I Série n.º 73/VIII/1 de 2000-06-02, pp. 2880 -2880.

Convencionais foi aprovado na generalidade com os votos a favor dos grupos parlamentares “Os Verdes” e “Bloco de Esquerda”, e a abstenção dos grupos parlamentares do “Partido Socialista”, do “Partido Social Democrática”, do “Partido Comunista Português” e do “CDS-PP”. Na reunião de 20 de dezembro de 2001<sup>197</sup> a Comissão Parlamentar de Saúde e Toxicodependência reuniu para votação na especialidade do texto de substituição relativo ao Projeto de Lei N.º 34/VIII – Regulamentação das Medicinas Não Convencionais. A votação na especialidade do texto de substituição, consistiu nos votos a favor do PS e Os Verdes, os votos contra do PSD e a abstenção do PCP e do CDS-PP, tendo deste modo sido aprovado. O texto de substituição, apresentado pela Comissão de Saúde e Toxicodependência, relativo ao Projeto de lei n.º 34/VIII — Regulamentação das medicinas não convencionais (BE) não foi submetido a votação final global, nesse mesmo dia, devido os grupos parlamentares não concordarem com a votação, designadamente os grupos parlamentares do PSD e do CDS-PP<sup>198</sup>. O partido socialista, apesar de nesse mesmo dia na Comissão Parlamentar de Saúde e Toxicodependência, ter votado a favor deste Projeto de Lei, revela que respeita a decisão dos outros partidos políticos afirmando o deputado Osvaldo Castro do PS que estando “em causa uma faculdade regimental e, desde o momento em que há grupos parlamentares que não dão o seu consenso, respeitamos essa posição”<sup>199</sup>. No artigo online do Jornal de Notícias do dia 7 de janeiro de 2002 o deputado Francisco Louça afirma que a recusa de votação do partido do PSD se deve a “*um lobby da Ordem dos Médicos*”, acusando também o partido do PS de “ter *hesitado muito*” no apoio à regulamentação.

Paralelamente a este debate político relativo à regulamentação das TNC, verifica-se uma discussão na sociedade portuguesa que revela uma divisão, entre os que pretendiam a regulamentação das terapêuticas não convencionais e os seus opositores. Outras frentes de combate se abriram, nomeadamente a luta pela aprovação do diploma jurídico que define e regula o “ato médico” conduzida pela Ordem dos Médicos, as petições apresentadas no parlamento pelos profissionais e associações das terapêuticas não convencionais e os discursos de ambas as partes proferidos nos meios de comunicação são exemplo disso.

---

<sup>197</sup> Diário da Assembleia da República II série A n.º23/VIII/3 de 2001-12-27, pp. 1196-1196

<sup>198</sup> Diário da Assembleia da República I Série n.º. 30 de 21 de dezembro de 2001, pp.1197 a 1199.

<sup>199</sup> Diário da Assembleia da República I Série n.º. 30 de 21 de dezembro de 2001, pp.1197 a 1199

Na reunião plenária de 29 de junho de 2000<sup>200</sup> foi discutida a petição N.º 1 /VIII(1.ª)<sup>201</sup> subscrita pela Federação Nacional de Associações de Medicinas Alternativas Naturais e mais de 6000 cidadãos, que solicitava que pudessem “ser discutidas propostas e adotadas medidas tendentes (...) a promover o pleno reconhecimento oficial das medicinas tradicionais (...) a utilidade pública dos cursos ministrados na área das medicinas tradicionais (...) o englobamento dos medicamentos naturais com fins curativos no sistema estatal de aquisição subvencionada” e “à concessão de prerrogativas de natureza pública” à mesma Federação. Ao analisarmos este debate de 29 de junho de 2000 constatamos que todos os grupos parlamentares unanimemente referem, tendo em atenção a prestação de cuidados de saúde de qualidade, que é necessária a regulamentação das terapêuticas não convencionais. O deputado Pedro Mota Soares do CDS-PP, no entanto, coloca uma questão relevante relativamente a esta petição, designadamente que o n.º 5 da alínea D da petição não deve ser aprovado na medida que afirma

*“que se deve elaborar e aprovar uma moratória com efeitos imediatos, abrangendo todos os procedimentos criminais ou administrativos lesivos dos legítimos direitos e interesses dos profissionais em apreço. Trata-se de um ponto que não era abordado pelo projeto de lei que há pouco tempo discutimos nesta Câmara e que a Assembleia da República não pode esquecer ou não falar, mas que, mesmo assim, não pode aprovar. De facto, em Portugal os poderes são diferenciados, há uma separação de poderes, sendo que o poder político não pode nem deve imiscuir-se nos poderes judiciais, nomeadamente em casos que estão a correr. Por isso mesmo, considero muito importante abordarmos este ponto e fazermos uma diferenciação em defesa da intransigente separação que tem de haver entre todos os poderes, nomeadamente entre os poderes político e judicial”<sup>202</sup>.*

Esta petição demonstra que os profissionais e associações das terapêuticas não convencionais, nesta luta pela sua profissionalização, por vezes tomaram posições intransigentes.

A definição de “Ato Médico” era um objetivo de há muito da Ordem dos Médicos como é possível constatar num comunicado do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos: “a definição de Ato Médico é uma antiga aspiração da Ordem dos Médicos”, decorrendo esta da necessidade “de validar no plano jurídico o método

---

<sup>200</sup> Diário da Assembleia da República, I série n.º 84/VIII/1 de 2000-06-30, pp. 1999 – 2000

<sup>201</sup> Petição N.º 1 /VIII(1.ª) recolhida no site oficial da Assembleia da República:  
<http://www.parlamento.pt>

<sup>202</sup> Diário da Assembleia da República, I Série n.º.84/VIII/1 de 2000-06-30, pp. 3315-3317

científico ao exercício da medicina” e “...ainda de definir esferas de intervenção bem delimitadas dos diversos corpos profissionais”<sup>203</sup>. A Lei de Bases da Saúde (Lei N.º 48/90 de 24 de agosto) na alínea n.º 2 do ponto Base XXX II, refere mesmo que o conceito de ato médico tem de ser definido por lei. A 29 de julho de 1999, durante o XIII Governo Constitucional (1995- 1999)<sup>204</sup> constituído pelo partido socialista, foi aprovado o projeto de lei sobre o ato médico em Conselho de Ministros<sup>205</sup>. O diploma afirma que

*“(...) constitui acto médico a actividade de avaliação diagnóstica, prognóstica e de prescrição e execução de medidas terapêuticas relativa à saúde das pessoas, grupos ou comunidades (...)”, referindo que apenas os “(...) licenciados em medicina regularmente inscritos na Ordem dos Médicos” o poderiam exercer*<sup>206</sup>.

O bastonário da Ordem dos Médicos, José Germano Rego de Sousa, era militante do partido socialista, tendo inclusive sido Presidente da Assembleia Municipal de Cascais, entre 1998 e 1999. Os profissionais e as associações de terapêuticas não convencionais, assim como a Ordem dos Enfermeiros manifestaram-se contra este diploma. No seio dos profissionais da medicina convencional houve, também, vozes que se manifestaram contra. Num artigo de opinião do Jornal Público, intitulado “Medicinas Alternativas ao Ataque”<sup>207</sup>, é possível constatar a aberta oposição das associações das terapêuticas não convencionais ao diploma legal do ato médico<sup>208</sup>. Neste artigo, refere-se que tinha sido criado um comité por 24 associações ligadas às medicinas não convencionais que tinha como objetivo “*lutar por todos meios*” para impedir a promulgação, pelo Presidente da República, do decreto-lei que define o ato médico e preparar uma proposta de regulamentação das medicinas não convencionais. Pedro Choy, conhecido como profissional de acupuntura, e um dos membros do referido comité, afirma que caso os profissionais das TNC não atinjam os seus objetivos

*“o grupo promete pressionar politicamente o Governo, aconselhando aos seus pacientes o voto na força política que garantir a resolução do problema. Calculamos ter, entre*

---

<sup>203</sup> Comunicado realizado pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, em 29-09-1999: Revista da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos outubro- dezembro, 1999, Ano 1, N.1, pp.40-41

<sup>204</sup> O XIII Governo Constitucional, constituído pelo Partido Socialista, tomou posse a 28 de Outubro de 1995 e terminou o seu mandato a 25 de outubro de 1999.

<sup>205</sup> <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc13/comunicados-cm/cm-1999/19990729.aspx>

<sup>206</sup> O texto do diploma do ato médico foi retirado/consultado no site: <https://www.historico.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc13/comunicados-cm/cm-1999/19990729.aspx>

<sup>207</sup> Jornal Público, online, 13-09-1999 :<https://www.publico.pt/1999/09/13/jornal/medicinas-alternativas-ao-ataque-123474>

<sup>208</sup> Jornal Público, online, 13-09-1999: <https://www.publico.pt/1999/09/13/jornal/medicinas-alternativas-ao-ataque-123474>

*todos, mais de 2,5 milhões de clientes. E é sabido que o doente confia no seu terapeuta. Estamos dispostos a abdicar até das nossas convicções políticas se isso resolver o problema”*<sup>209</sup>.

Este profissional das terapêuticas não convencionais refere ainda que “é a Ordem e não os médicos quem está a fazer esta perseguição, que consideram inconstitucional”. Neste artigo é também sublinhado que segundo os representantes das TNC a Ordem dos Médicos (OM) e o Ministério da Saúde (MS) pretendiam acabar com as terapêuticas não convencionais, ao elaborarem um decreto-lei que limitava a prática de atos médicos a licenciados em Medicina e inscritos na Ordem, remetendo para a ilegalidade os praticantes das terapêuticas não convencionais. No mesmo artigo Germano de Sousa, o bastonário da Ordem dos Médicos, afirma que “a Ordem dos Médicos não está a perseguir ninguém, está apenas a cumprir a lei”. Germano de Sousa, diz ainda que não concorda com a designação de “medicinas alternativas”, afirmando que “medicina há só uma”, mas que tal não significa que a “OM não esteja aberta a aceitá-las, desde que cumpram os preceitos científicos e apareçam comprovadas em artigos científicos”, como é o caso da acupuntura que é reconhecida como “técnica analgésica”<sup>210</sup>. Todavia refere que pelo contrário no que diz respeito a homeopatia “nunca foi provado nada”, acusando inclusive os representantes das associações das terapêuticas alternativas “de nunca terem proposto a elaboração de ensaios que aferissem dos benefícios das terapias alternativas”<sup>211</sup>. Em setembro de 1999 o projeto de lei sobre o ato médico foi vetado pelo Presidente da República, Jorge Sampaio. Na comunicação ao governo consta a seguinte justificação da decisão de não promulgação:

*“(…) o carácter substancialmente inovatório, o conteúdo controverso, a potencial conflitualidade social ou a ausência de uma delimitação clara de repartição de competências apontam para a necessidade e possibilidade de um controlo e apreciação efetivos da atuação legislativa do Governo por parte da Assembleia da República. O presente diploma inscreve-se no âmbito desse tipo de decisões. Como se tem verificado pela controvérsia a propósito desenvolvida nas últimas semanas, a sua aplicação é*

---

<sup>209</sup> Jornal Público, online, 13-09-1999: <https://www.publico.pt/1999/09/13/jornal/medicinas-alternativas-ao-ataque-123474>

<sup>210</sup> Jornal Público, online, 13-09-1999: <https://www.publico.pt/1999/09/13/jornal/medicinas-alternativas-ao-ataque-123474>

<sup>211</sup> Jornal Público, online, 13-09-1999: <https://www.publico.pt/1999/09/13/jornal/medicinas-alternativas-ao-ataque-123474>

*objetivamente suscetível de gerar conflitualidade, incerteza e insegurança jurídicas (...)*<sup>212</sup>.

Para além disso com a decisão de não promulgação é referido que “não se coloca em perigo o interesse público que este decreto pretendia acautelar, já que a legislação atualmente em vigor dá às autoridades a possibilidade de uma efetiva garantia dos correspondentes interesses da saúde pública”<sup>213</sup>.

A Ordem dos Médicos manifestou a sua contrariedade relativamente ao veto presidencial, num comunicado público oficial: “(...) Sua excelência o Presidente da República, que pela elevação do cargo que ocupa nos obriga a merecer o maior respeito, prestou um mau serviço aos portugueses, prejudicou a saúde e ofendeu os médicos”<sup>214</sup>. As declarações públicas proferidas pela Ordem dos Médicos, seus membros e os seus vários organismos, foram muitas. O Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos em comunicado afirma<sup>215</sup>:

*“(...) que os argumentos que fundamentaram o veto presidencial são exclusivamente de natureza política (...)” e que “(...) aquele veto político foi aplaudido por quem, não sabendo exercer medicina, pode continuar a praticar, contra os doentes, atos de bruxaria e curandeirismo, protegido pela decisão do Senhor Presidente da República”.*

Contudo existiram vozes no seio da classe médica que aprovaram o veto presidencial e o manifestaram publicamente. Jorge Torgal, médico e professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, afirma num artigo do jornal “Público”<sup>216</sup> que a pretensão da Ordem dos Médicos de regular o ato médico não passa de

*“(...) fundamentalismo da supremacia médica, de absurdo pseudocientifismo médico, aliás ao arripio do progresso científico e tecnológico (maioritariamente desenvolvido por não médicos), de negação do trabalho em equipa, o desmerecer dos profissionais de saúde não médicos, e dos enfermeiros em particular, a não consideração da componente humanista, essencial, da prática médica são a negação do presente e do futuro da medicina. (...) a ideia de o médico ser superior, do prestígio médico, paradigma da exaltação corporativista que consubstancia o seu pensamento, levou a direção da Ordem dos Médicos à Lei do Ato Médico. Lei que o senhor Presidente da República vetou. E*

---

<sup>212</sup> Projeto De Lei N.º 91/VIII O Acto Médico

<sup>213</sup> Projeto De Lei N.º 91/VIII O Acto Médico

<sup>214</sup> Revista Ordem dos Médicos N.º 9 setembro 1999, p.6

<sup>215</sup> Revista da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos /Outubro-Dezembro 1999, p 41  
:https://nortemedico.pt/Revistas/NM1.pdf

<sup>216</sup> https://www.publico.pt/1999/10/03/jornal/o-acto-medico-o-presidente-e-a-saude-124464 (3-10-1999)

*muito bem. (...) É interessante verificar como grupos de interesses sabem aproveitar o afã consensualista do Ministério da Saúde, conseguindo nos gabinetes vitórias que, porque retrógradas, levaram à intervenção correta, socialmente adequada e politicamente significativa do Presidente da República. A Presidência da República vai, assim, dando um contributo, indispensável e estruturante, no traçar do futuro da saúde em Portugal”.*

O médico Alexandre de Sousa Pinto, em resposta a este artigo refere que “houve, e certamente continuará a haver, como em todas as profissões, alguns profissionais que tomam atitudes profissionais reprováveis, mas essas exceções não autorizam que se fale de «absurdo pseudocientifismo médico» ou de «fundamentalismo da supremacia médica» para a partir daí confundirem a medicina e os atos médicos com outras práticas baseadas noutros sistemas filosóficos ou noutras ciências que nada têm que ver com a medicina” e afirma ainda que o veto do Presidente da República ao decreto lei sobre o ato médico pode ter interpretações políticas, designadamente pode ser explicado por ser “um momento eleitoral” e nas “(...) mais ou menos complexas previsões dos efeitos que poderia ter nos votos do PS” ou “uma primeira jogada das "primárias" das presidenciais de 2001”<sup>217</sup>. Segundo este médico “o veto presidencial consagra uma forma de ver o ato médico e a medicina que poderá ser popularucha e bem aceite por alguma comunicação social, mas que não deixa de ser superficial e errada na sua essência”<sup>218</sup>. A polémica à volta do ato médico não terminou, deste modo com o veto presidencial. Após aprovação na generalidade do Projeto de Lei N.º 34/VIII – Regulamentação das Medicinas Não Convencionais, na reunião plenária de 1 de junho de 2000<sup>219</sup> o bastonário da Ordem dos Médicos, Germano de Sousa, numa conferência de imprensa, a 6 de junho de 2000<sup>220</sup>, afirma ser positiva a aprovação desta iniciativa legislativa porque “o que até agora era livre e exercido em total impunidade por qualquer vigarista bem falante passa a ser regulamentado”, no entanto, refere que é necessário que simultaneamente ou precedentemente, o debate sobre o ato médico seja realizado, e se delimite a prática da medicina científica. Para além disso a Ordem dos Médicos quer dar o seu parecer sobre a regulamentação das terapêuticas não convencionais à comissão parlamentar, na

---

<sup>217</sup> Público online, 14.10.1999: <https://www.publico.pt/1999/10/14/jornal/o-acto-medico-a-medicina-e-as-alternativas-124996>

<sup>218</sup> Público online, 14.10.1999: <https://www.publico.pt/1999/10/14/jornal/o-acto-medico-a-medicina-e-as-alternativas-124996>

<sup>219</sup> Diário da Assembleia da República, I Série n.º 73/VIII/1 de 2000-06-02, pp. 2880 -2880.

<sup>220</sup> Artigo TSF Noticias “Ordem dos Médicos aceita legitimação das medicinas alternativas” de 06-06-2000

especialidade, e que seja constituída uma comissão técnica composta por médicos “que acompanhe e dê pareceres científicos sobre as matérias em debate na especialidade no Parlamento”. No seguimento desta conferência de imprensa dada pela Ordem dos Médicos (OM) que pede que o debate sobre a regulamentação das terapêuticas não convencionais e sobre o ato médico seja realizado simultaneamente, o partido do PSD a 8 de junho de 2000, num artigo da TSF online, defende que a regulamentação das terapêuticas não convencionais, ao contrário do pretendido pelo bastonário da Ordem dos Médicos, “(...) deverá ocorrer sem que se retome a discussão do ato médico”. O PSD “defende que a discussão se poderia arrastar eternamente ao juntar as duas questões”<sup>221</sup>. O deputado Carlos Martins do Grupo Parlamentar do PSD, membro da Comissão de Saúde e Toxicodependência afirma que o ato médico “levanta um conjunto de outras discussões, que envolvem profissionais de saúde que não apenas os médicos”, pelo que a sua discussão “não pode ser iniciada de forma precipitada”<sup>222</sup>. Por sua vez os profissionais das medicinas não convencionais rejeitam a participação da Ordem dos Médicos (OM) no debate em especialidade do projeto de lei referenciado, assim como a criação de uma comissão técnica, formada por médicos proposta pela Ordem dos Médicos<sup>223</sup>. O presidente da Comissão Coordenadora para a Regulamentação da Naturalogia (CCRN), Jerónimo Sardinha manifesta publicamente o seu desacordo com esta comissão técnica, afirmando: “como é que a Ordem se vai debruçar sobre uma realidade que desconhece e sempre hostilizou?”<sup>224</sup>. Em 26 de setembro de 2000 foi apresentado por alguns deputados do partido do PSD o Projeto de Lei N.º 91/VIII sobre o ato médico, ao contrário do que seria de esperar se tivermos em atenção as afirmações do deputado Carlos Martins. Este Projeto de Lei era idêntico ao aprovado a 29 de julho de 1999 em Conselho de Ministros. O partido do PSD afirma ter como finalidade promover o debate parlamentar sobre o diploma que regulamenta o ato médico. Para além disso é referido na exposição de motivos apresentada pelos deputados do PSD que

*“(...) o ato médico só diz respeito à atividade exercida por licenciados em medicina regularmente inscritos na Ordem dos Médicos e segundo o conhecimento da ciência médica. Não se trata, portanto, da definição de todo o acto terapêutico nem bem assim estão abrangidas outras intervenções autónomas que igualmente participam dos cuidados de saúde”<sup>225</sup>.*

---

<sup>221</sup> Artigo TSF Notícias “Medicinas alternativas sem acto médico” de 08-06-2000

<sup>222</sup> Artigo TSF Notícias “Medicinas alternativas sem acto médico” de 08-06-2000

<sup>223</sup> Artigo TSF Notícias “Medicinas alternativas sem acto médico” de 08-06-2000

<sup>224</sup> Artigo TSF Notícias “Medicinas alternativas sem acto médico” de 08-06-2000

<sup>225</sup> Projeto de Lei N.º 91/VIII sobre o acto médico



Na sequência desta iniciativa legislativa foram apresentados à Assembleia da República pareceres do Sindicato dos Quadros Técnicos do Estado, da Associação de Enfermeiros da Sala de Operações Portuguesas, da Associação Portuguesa de Acupuntura, da Belgian Acupunctors Federation, da Organização Mundial de Medicina Alternativa, da Federação Nacional de Associações de Medicinas Alternativas Naturais e da Associação Portuguesa de Alimentação Racional e Dietética. Para além disso a Comissão de Saúde e Toxicodependência obteve o parecer sobre o tema da Associação dos Dietéticos Nacionais, da Associação Nacional dos Técnicos de Farmácia, da Comissão Coordenadora para a Regulamentação da Naturologia e da Federação Nacional de Sindicatos dos Enfermeiros. Esta iniciativa legislativa suscitou as mais variadas reações na sociedade portuguesa, nomeadamente junto dos profissionais da saúde. Este Projeto de Lei, não passou disso mesmo de um projeto, não tendo sequer sido discutido em reunião plenária<sup>226</sup>. A Ordem dos Médicos, contudo, face ao incontornável crescimento das TNC no mercado da saúde e a esta derrota, altera a sua posição inicial de recusa absoluta das TNC para a aceitação das TNC com evidências científicas, incluindo como sua estratégia de fechamento ocupacional<sup>227</sup>, a apropriação ou incorporação das TNC com evidências científicas (Almeida, 2008, Franco, 2010). Assim, em 2001, é criada a Sociedade Portuguesa de Acupuntura Médica (SPMA), e em 2002, a Competência médica em acupuntura na Ordem dos Médicos.

A 28 de outubro de 2000 é publicado na II Série –A – Número 11 do Diário da República o Projeto de Lei N.º 320/VIII – Lei do Enquadramento Base das Medicinas Não Convencionais da autoria de Francisco de Assis, Paulo Pisco, Luísa Portugal, Victor Moura, José Saraiva, Fernanda Costa, João Sobral, José Carlos Tavares, Natalina Tavares de Moura e Filipe Vital, deputados do Partido Socialista. O Projeto de Lei N.º 320/VIII apresentado pelo partido Socialista é composto pela exposição de motivos e cinco Capítulos: Capítulo I – Objeto, âmbito de aplicação e princípios; Capítulo II – Estatuto profissional; Capítulo III – Dos utentes; Capítulo IV – Fiscalização e infrações; e por último o Capítulo V – Disposições finais e transitórias. Os autores deste Projeto de Lei na “Exposição de Motivos” referem que tanto na União Europeia como em diversos países do mundo as medicinas não convencionais têm tido uma crescente procura

---

<sup>226</sup> <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalleIniciativa.aspx?BID=6224>

<sup>227</sup> Fechamento ocupacional definido “como um processo através do qual um grupo ocupacional limita o acesso de outras ocupações rivais à provisão de trabalho especializado no mercado de trabalho (Witz, 1990; 1992)” (cit. por Almeida, 2008, p.3).

“situação que tem conduzido cada vez mais países a reconhecer a existência legal de tais práticas”. É também sublinhado que a Organização Mundial de Saúde e o Conselho da Europa têm realizado diversos estudos e manifestado orientações no sentido de os Estados darem mais importância às medicinas não convencionais, salientando as suas vantagens em termos de complementaridade na prestação dos cuidados de saúde. Para além disso dá o exemplo de diversos países da União Europeia que tomaram diferentes medidas com a finalidade do reconhecimento e regulamentação das diversas práticas naturopáticas. Os autores desta iniciativa legislativa referem como principal objetivo da mesma salvaguardar os interesses dos utentes, quer na sua relação com os profissionais das medicinas alternativas quer a nível da qualidade dos produtos utilizados e do necessário controlo dos mesmos, assim como a inexistência de regulamentação no sector. Os autores definem as medicinas não convencionais nos termos da Organização Mundial de Saúde, reconhecendo para efeitos de aplicação do diploma as seguintes terapêuticas: acupuntura, homeopatia, osteopatia, quiropraxia e fitoterapia. Este Projeto de Lei define como princípios orientadores da prática das medicinas não convencionais o direito individual de proteção de saúde, a complementaridade das medicinas não convencionais, a promoção da investigação científica nas diferentes áreas das medicinas não convencionais e a autonomia técnica e deontológica dos profissionais destas terapêuticas. No Capítulo II é estabelecido que a tutela e credenciação profissional é da responsabilidade do Ministério da Saúde, cabendo ao Ministério da Educação a determinação dos requisitos da formação e certificação das habilitações dos profissionais das medicinas não convencionais. Os locais de prestação de cuidados de saúde das medicinas não convencionais e os produtos e instrumentos utilizados nestas práticas medicinais regem-se pela legislação já existente com as devidas adaptações. No Capítulo III é sublinhado que o exercício das medicinas não convencionais deve ter o consentimento informado do utente. O processo de cada utente deve ser confidencial. No Capítulo IV é estabelecido que a fiscalização dos preceitos normativos do diploma cabe ao Ministério da Saúde. Neste projeto de lei são estabelecidas sanções relativamente à violação das normas estabelecidas quanto ao exercício da prática das terapêuticas não convencionais, aos produtos e instrumentos utilizados pelas mesmas, assim como ao respeito pela liberdade de escolha dos utentes. Por último no Capítulo V são apenas definidas as disposições finais e transitórias. A 25 de janeiro de 2001 a Comissão de Saúde e Toxicodependência envia relatório com o seu parecer ao Presidente da Assembleia da República, referindo que o Projeto de Lei N.º 320/VIII “preenche os requisitos constitucionais e regimentais”

estando em “condições de subir a Plenário e ser apreciado, na generalidade, reservando os partidos as suas posições para o debate”. Este Projeto de Lei foi alvo de críticas tanto por parte da Ordem dos Médicos Portuguesa como por parte dos profissionais das terapêuticas não convencionais. Num artigo publicado online no site da TSF Notícias, a 18 de outubro de 2000, a Comissão Coordenadora para a Regulamentação da Naturalogia (CCRN) - associação que representa várias medicinas não convencionais – crítica não só o facto da terapêutica naturopatia não ser uma das medicinas regulamentadas nesta iniciativa legislativa, mas também a proposta da criação de uma Comissão Técnica constituída por representantes da Ordem dos Médicos Portuguesa<sup>228</sup>. Jerónimo Sardinha, na altura coordenador da Comissão Coordenadora para a Regulamentação da Naturologia (CCRN), refere não compreender porque a naturopatia não constava no Projeto do PS, uma vez que a CCRN ao ser consultada por especialistas da área de saúde do partido tinha recomendado a inclusão desta medicina no Projeto Lei<sup>229</sup>. Isto porque segundo Jerónimo Sardinha a naturopatia é “[...] o resultado da conjugação de diversas terapias alternativas” designadamente das que o PS pretendia regulamentar, pelo que excluir a naturopatia é descredibilizar os naturopatas. Mais tarde num novo Projeto Lei relativo à regulamentação das TNC o PS propõe também a naturopatia como uma das terapias das TNC a regulamentar o que nos leva a questionar se tal não se deve, então à pressão do poder associativo. Para além dessa crítica Jerónimo Sardinha, coordenador da CCRN, de forma bastante hostil, ameaçadora e provocatória refere que “toda a naturalogia em Portugal vai recusar” a presença da OM na referida Comissão Técnica, podendo tal situação “trazer uma fortíssima perturbação social” e inclusive anuncia, tomar iniciativas que “afetarão a ordem social”. Por sua vez o bastonário da Ordem dos Médicos Portuguesa afirma que este Projeto de Lei é “perfeitamente dispensável”, não considerando a presença da OM necessária na mencionada Comissão Técnica, formada para regulamentar as TNC, uma vez que “pessoas que não têm conhecimentos científicos para estarem presentes. São pseudomagos” farão parte da mesma<sup>230</sup>. A OM revela desta forma que não concorda que a futura Comissão Técnica inclua profissionais das TNC. Posteriormente a Ordem dos Médicos apresenta parecer oficial à Comissão Parlamentar

---

<sup>228</sup> Artigo TSF Notícias “Profissionais discordam do projeto de lei do PS ” de 18-10-2000

<sup>229</sup> Artigo TSF Notícias “Profissionais discordam do projeto de lei do PS ” de 18-10-2000

<sup>230</sup> Artigo TSF Notícias “Profissionais discordam do projeto de lei do PS ” de 18-10-2000

de Saúde sobre os Projetos de Lei, do PS e do BE, regulamentadores das TNC. Nesse parecer apresenta como principais objeções aos Projetos:

*“1. designação - Recusamos a designação de medicinas não convencionais que ambos os projetos pretendem dar a este tipo de práticas. Além disso, apenas existe uma medicina e qualquer terapêutica dita não convencional desde que seja comprovada a sua eficácia por métodos científicos é de imediato incorporada nos cânones médicos. Tal designação só originará confusões no espírito de cidadãos mais desprevenidos. Propomos que tais práticas devem ser designadas por Terapêuticas Complementares.*

*2. Não diferenciam entre as terapêuticas alternativas com efeito já comprovado e as que são apenas fraude sem nenhum substrato científico ou sequer empírico.*

*3. Não se entende o conceito de medicina não convencional do projeto de lei 320/VIII.*

*4. O diagnóstico e a prescrição são do domínio exclusivo do médico pelo que não se entende ou aceita a autonomia técnica nestas práticas.*

*5. Incumbirá ao Governo, no desenvolvimento e de acordo com os princípios estabelecidos na presente lei, o reconhecimento e regulação apenas da Acupuntura, da Osteopatia e da Quiroprática, cabendo conjuntamente aos Ministérios da Saúde e da Educação definir, per decreto-lei o seu regime. São estas as únicas terapêuticas complementares que foram comprovadas cientificamente na aplicação em algumas patologias.*

*6. Estes profissionais apenas poderão exercer as suas práticas em doentes com indicação médica para tal, devendo ter a preparação suficiente para reconhecerem todas as situações nas quais as terapêuticas que utilizam não tem aplicação, são ineficazes ou podem esconder situações de grande gravidade, devendo nesses casos e de imediato entregar o utente aos cuidados da medicina científica.*

*7. A Comissão Técnica deverá ser composta por:*

*a) três representantes do Ministério da Saúde um dos quais presidirá;*

*b) Dois representantes do Ministério da educação;*

*c) Dois médicos representantes da Ordem dos Médicos;*

*d) Um representante de cada uma das Terapêuticas complementares (Acupuntura, Osteopatia, Quiropraxia)*

*e) Os representantes de cada uma das terapêuticas complementares devem ser indivíduos de reconhecida idoneidade moral e mérito na sua área de intervenção e possuidores de cursos reconhecidos nos países da União Europeia*

*8. As condições de funcionamento dos locais de prestação de cuidados de saúde na área das terapêuticas complementares serão estabelecidas de acordo com o licenciamento das unidades privadas de saúde devidamente adaptadas.*

9. *Os produtos e instrumentos utilizados pelos profissionais de terapêuticas complementares devem obedecer aos requisitos de qualidade e segurança previstos na lei idênticos aos aplicáveis aos medicamentos.*

10. *A comercialização de produtos e instrumentos utilizados nas terapêuticas alternativas deve respeitar os requisitos de armazenamento, segurança e outros previstos na legislação em vigor.*

11. *Aos profissionais das terapêuticas alternativas é vedada a preparação ou comercialização de produtos ou instrumentos prescritos ou utilizados nas suas práticas.*

12. *Aos profissionais das terapêuticas alternativas é vedada a prescrição de medicamentos.*

*Nota: A fitoterapia é a utilização de plantas em terapêutica. É do âmbito da medicina científica o seu estudo pelo que não deve ser aqui incluída e deve ser regulada por legislação adequada”<sup>231</sup>.*

Este parecer da Ordem dos Médicos terá repercussões na regulamentação das MAC como poderemos constatar posteriormente.

A 4 de abril de 2002 os Projetos de Lei N.º 34/VIII – Regulamentação das Medicinas Não Convencionais e N.º 320/VIII – Lei do Enquadramento Base das Medicinas Não Convencionais caducaram. O processo de cada uma destas iniciativas legislativas deve ser analisado tendo em atenção que o momento político que o país vivia influenciava de forma significativa a posição que os partidos políticos tomavam. As tomadas de posição dos dois maiores partidos políticos do país, designadamente do partido do PS e do PSD, devem ser vistas tendo em atenção que o país vivenciava politicamente um período conturbado, marcado pela demissão do Primeiro Ministro António Guterres que na sequência da derrota do partido socialista nas eleições autárquicas de dezembro de 2001 apresenta a sua demissão da chefia do governo. Para além disso não nos podemos esquecer que ambos os governos constitucionais, liderados pelo Primeiro Ministro António Guterres, eram minoritários.

Em 17 de março de 2002 são realizadas as eleições legislativas portuguesas, tendo ganho com maioria os partidos do centro-direita: PSD e CDS-PP. Durão Barroso é nomeado, pelo Presidente da República, Primeiro-ministro de Portugal, formando o XV Governo Constitucional de Portugal.

---

<sup>231</sup> Revista Norte Médico da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos em setembro de 2001, nº8: 50-51.

No XV Governo Constitucional, de 2002-04-06 a 2004-07-17, formado pelos partidos PSD e CDS-PP, com Durão Barroso como Primeiro Ministro, o grupo parlamentar do Bloco de Esquerda, a 21 de março de 2002, submete o Projeto de Lei nº 27/IX – Regime Jurídico das Terapêuticas Não Convencionais ao parlamento, reintroduzindo o debate sobre as TNC. Este Projeto de Lei baseia-se fundamentalmente no texto de substituição do Projeto de Lei N.º 34/VIII elaborado pela Comissão Parlamentar de Saúde e Toxicodependência. A 18 de março de 2003, é admitida pelo Presidente da Assembleia proposta semelhante sobre a regulamentação das TNC: o Projeto de Lei nº 263/IX – Lei do Enquadramento Base das Medicinas Não Convencionais do grupo parlamentar do PS. Este novo Projeto de Lei afirma ter por base o projeto de lei n.º 320/VIII do PS e segundo o mesmo ter “o mérito de acolher um vasto conjunto de contributos que no decurso da VIII Legislatura foram objeto de análise e aceitação generalizadas, quer das forças partidárias quer de organismos representativos de profissionais envolvidos, incluindo a Ordem dos Médicos”<sup>232</sup>. O Projeto Lei do PS não propõe a regulamentação da medicina tradicional chinesa, da naturopatia e da fitoterapia, reconhecendo como terapêuticas não convencionais para efeitos de regulamentação a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia e a quiropraxia. Na reunião plenária de 27 de março de 2003 a deputada do PS, Luísa Portugal, refere que o PS entendeu que não seria o momento de “*abrir toda a janela*”, mas sim de dar início ao processo “ficando à responsabilidade do Governo a continuação do processo”<sup>233</sup>. Em 20 de março de 2003, nesse mesmo mês, o CDS-PP apresentou o Projeto de Resolução nº 135/IX – Regulamentação da Osteopatia, tendo este grupo parlamentar optado por regulamentar apenas uma das terapêuticas das TNC. O deputado do CDS-PP Nuno Teixeira de Melo, justificou esta escolha com o facto da “[...] a osteopatia, entre todas estas medicinas não convencionais, é aquela que está mais avançada, é aquela que em todos os países está mais validada e é aquela que tem mais complementaridade com a medicina tradicional”<sup>234</sup>.

Os dois projetos de lei e o projeto de resolução foram a discussão conjunta, na generalidade na reunião plenária de 27 de março de 2003, tendo baixado à 8.º Comissão que teve como função elaborar um texto único final sobre a regulamentação das TNC<sup>235</sup>.

---

<sup>232</sup> Projeto de Lei nº 263/IX – Lei do Enquadramento Base das Medicinas Não Convencionais

<sup>233</sup> Diário da Assembleia da República, I série, nº 105/IX/1, 28/03/2003, pp. 4426-4434.

<sup>234</sup> Diário da Assembleia da República, I série, nº 105/IX/1, 28/03/2003, pp. 4426-4434.

<sup>235</sup> Diário da Assembleia da República, I série N.º105/IX/1 2003.03.28, pp. 4426-4434.

Em Portugal, as Terapêuticas Não Convencionais, neste período em que se debatia politicamente estas práticas de saúde, eram tema de interesse dos meios de comunicação, tendo inclusive sido discutidas no programa televisivo, “Pros e Contras” a 7 de abril de 2003<sup>236</sup>. O povo português revelava cada vez mais aceitar as Terapêuticas Não Convencionais, como o revela a votação final da pergunta realizada nesse programa televisivo, nomeadamente à Pergunta “Podemos confiar nas Medicinas Alternativas?” 91% de portugueses votaram sim e apenas 19% votaram não. A alegada falta de base científica das Terapêuticas Não Convencionais começava a deixar de ser vista pela sociedade como algo imprescindível, passando a se questionar a ciência e as suas verdades absolutas. O Prof.º Catedrático João Carvalho das Neves (Presidente da ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde, IP no período de 2011-2014) nesse programa televisivo demonstra isso mesmo ao realizar o seguinte comentário:

*“Ainda a propósito das críticas às TNC de não terem base científica e em que hoje há um mito na nossa sociedade julgando que estudos ditos científicos são a última palavra, digo que não são. Têm muitas limitações. Hoje ao ler Bodenheimer e Grumbach (2009), understanding health policy: a clinical approach, McGraw-Hill dizem pág 112 “A great deal of what physicians do has never been evaluated by rigorous scientific experiments and therapies have not been adequately tested for side effects. Treatments of uncertain safety and efficacy may cause harm and cost billions of dollars each year”. E note-se que as generalidades dos ensaios clínicos são patrocinados pela entidade que pretende ver esse medicamento aprovado, estando assim num processo em claro conflito de interesse. E alguns dos estudos ditos independentes tiveram como patrocinadores a própria indústria. Isto não é próprio de uma investigação científica que se quer independente e isenta de interesses próprios”.*

Esta aceitação social acaba por se refletir nas decisões políticas. A 15 de julho de 2003 “foi aprovado na generalidade, na especialidade e em votação final global, o texto de substituição, apresentado pela Comissão do Trabalho e dos Assuntos Sociais, relativo aos Projetos de Lei n.º 263/IX – Lei do enquadramento base das medicinas não convencionais (PS) e n.º 27/IX. Regime jurídico das terapêuticas não convencionais (BE)”<sup>237</sup>. Para além disso foi também aprovado nessa reunião plenária o Projeto de Resolução n.º 135/IX – Regulamentação da Osteopatia (CDS-PP). Os Projetos Lei N.º

---

<sup>236</sup> <https://arquivos.rtp.pt/conteudos/podemos-confiar-nas-medicinas-alternativas-parte-i/?fbclid=IwAR1mIFPvRIJtNF9ubmDUG8K9o8Ub>

<sup>237</sup> Diário da República, I série N.º143/IX/1 2003/07/16

263/IX e N.º 27/IX deram então origem ao Decreto N.º 128/IX – Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais <sup>238</sup> que foi aprovado a 15 de julho de 2003 e após promulgação do Presidente da República publicado no Diário da Assembleia da República I Serie A, em 22 de agosto de 2003, passando deste modo a existir a Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto - Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais. A Lei n.º 45/2003 que regulamenta a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia, a naturopatia, a fitoterapia e a quiropraxia, é constituída por os seguintes capítulos: Capítulo I “Objeto e princípios” - no qual são identificadas as terapêuticas das TNC a regulamentar e descritos os princípios orientadores das terapêuticas não convencionais; Capítulo II “Qualificação e estatuto profissional” – neste capítulo à que ressaltar três fatores: é concedida autonomia técnica e deontológica aos profissionais das terapêuticas não convencionais regulamentadas na presente lei, a sua prática será credenciada e tutelada pelo Ministério da Saúde e a “ definição das condições de formação e de certificação de habilitações para o exercício de terapêuticas não convencionais cabe aos Ministérios da Educação e da Ciência e do Ensino Superior”. Para além disso indica a criação de uma Comissão Técnica, impõe as regras para o exercício da prática das terapêuticas não convencionais. O Capítulo III “Dos utentes” é referente aos direitos dos utentes. O Capítulo IV “Fiscalização e infrações” como refere o próprio título diz respeito à fiscalização e infrações. E por último o Capítulo V “Disposições finais” que refere que a lei será regulamentada no prazo de 180 dias.

A analisarmos a Lei n.º 45/2003 conclui-se que esta concedeu pequenas vitórias a ambas as partes intervenientes nesta luta. Por um lado, exclui a medicina tradicional chinesa que não é reconhecida como científica pela Ordem dos Médicos, e tal como recomendado por esta a designação de “Medicinas não convencionais” é alterada para “Terapêuticas Não Convencionais”, para além de na definição dos princípios orientadores das TNC serem tidas em atenção as recomendações da Ordem dos Médicos. Por outro lado, são regulamentadas a homeopatia, a fitoterapia e a naturopatia não recomendadas pela Ordem dos Médicos e é reconhecida autonomia técnica e deontológica aos profissionais das terapêuticas não convencionais.

Face a esta breve análise a questão que se coloca é o que levou a que desta vez fosse efetivamente aprovada a Lei de regulamentação das TNC. Para respondermos a esta questão temos de entender que a regulamentação das TNC é um processo complexo

---

<sup>238</sup><https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheDiplomaAprovado.aspx?BID=4753>



histórico, político e social que se deu ao longo do tempo, e deste modo que as primeiras tentativas legislativas, assim como todos os fatores sociopolíticos, profissionais e associativos que as envolveram, tiveram impacto na decisão política de aprovar e promulgar a Lei. Um fator que levou ao reconhecimento político da necessidade de regulamentar as TNC é inegavelmente o aumento significativo das TNC em Portugal. E prova deste inegável crescimento das TNC e da sua visibilidade social na sociedade portuguesa da altura é o número de assinaturas, nomeadamente de 85.230 mil assinaturas, que constavam na Petição N.º 39/IX/1.ª de 21 de março de 2003<sup>239</sup>, que tinha como primeiro peticionário, Pedro Choi de Amélia Cordeiro, conhecido por Pedro Choy e que requeria a regulamentação das medicinas não convencionais. Esta Petição foi bastante relevante como instrumento de pressão no processo legislativo das TNC que se encontrava a decorrer, constituindo-se como uma estratégia organizada de profissionalização dos profissionais das TNC. Nesta petição as divergências e divisões entre os profissionais das TNC foram colocadas de parte, tendo se unido para alcançar o seu objetivo comum. As assinaturas entregues foram recolhidas pela Associação Portuguesa de Acupuntura e Disciplinas Associadas, pela Associação Portuguesa de Naturopatia liderada por Manuel Branco, pela Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa dirigida por José Faro e Deolinda Fernandes, por Augusto Henrique, Osteopata e João Pais de Faria, Acupuntor. Neste processo de regulamentação temos que ter em atenção os fatores nacionais e os internacionais. A regulamentação das TNC em Portugal tem que ser enquadrada num contexto mais global e ser compreendida, tal como o denunciam os próprios projetos leis ao descreverem os motivos devido aos quais as TNC devem ser legisladas, no panorama jurídico internacional das TNC. Como poderemos constatar posteriormente, a União Europeia através de várias resoluções e a Organização Mundial de Saúde recomendavam a regulamentação das TNC, na época. Na data em que se deu a regulamentação das TNC em Portugal, o processo de regulamentação das TNC em vários países encontrava-se numa fase mais avançada. Nos EUA, por exemplo, a regulamentação das TNC tinha um avanço substancial. A nível nacional, por outro lado, o processo de regulamentação das TNC tem que ser compreendido em parte como resultado das batalhas desenvolvidas entre a Ordem dos Médicos e os profissionais das TNC que foram ganhas intervalarmente ora por uns, ora por outros, e nas quais se constata uma estreita ligação entre os interesses profissionais, políticos e sociais dos profissionais

---

<sup>239</sup> <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetallePeticao.aspx?BID=11232>

das TNC e da Ordem dos Médicos com os dos diferentes Partidos Políticos. Os diversos partidos políticos portugueses, com assento parlamentar, no decorrer deste processo legislativo, tomaram posições divergentes relativamente à regulamentação das TNC, defendendo uns a posição dos profissionais das TNC e outros a posição da Ordem dos Médicos. O Bloco de Esquerda revela-se forte aliado dos profissionais das TNC, defendendo parte dos seus interesses, nomeadamente entre outros um modelo de integração das TNC no Sistema Nacional de Saúde e ao contrário dos restantes partidos políticos apresenta-se contra as posições, designadamente a da Ordem dos Médicos, que defendem que a legitimidade das TNC tem que ser obrigatoriamente adquirida através de critérios científicos (Franco, 2010). O Partido Socialista acaba por representar tanto os profissionais das TNC como a Ordem dos Médicos, preconizando uma perspetiva de complementaridade que possibilita que surjam estratégias de apropriação pela biomedicina (Franco, 2010, p. 202). O Partido Social Democrata manifesta-se forte aliado dos médicos, tendo inclusive proposto a regulamentação do ato médico que tinha como um dos seus objetivos principais a monopolização do mercado pela biomedicina. No entanto, após o veto presidencial do decreto-lei do ato médico, o Partido Social Democrata aceita regulamentar as TNC ainda que defendendo a posição de que as TNC devem ser subordinadas à profissão médica. O CDS-PP tal como o PSD manifestava uma posição fortemente ligada aos interesses da Ordem dos Médicos como é possível verificar nas discussões plenárias. Estas posições partidárias, são referentes a este período histórico do processo de regulamentação das TNC.

Face ao exposto podemos concluir que a regulamentação das TNC no caso português teve forte apoio político, tendo deste modo resultado de um complexo conjunto de fatores nacionais e internacionais, aliados a um incontornável e inegável crescimento da procura das TNC no nosso país.

## **5.2.2 O Processo de Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais após a Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto**

A Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto – Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais estabelece a criação de uma Comissão Técnica “no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação e da Ciência e do Ensino Superior (...) com o objetivo de estudar e propor os parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais”<sup>240</sup>. A Comissão Técnica que devia integrar “.... representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e do Ensino Superior e de cada uma das terapêuticas não convencionais e, caso necessário, peritos de reconhecido mérito na área da saúde” podia “reunir em secções especializadas criadas para cada uma das terapêuticas não convencionais com vista à definição dos parâmetros específicos de credenciação, formação e certificação dos respetivos profissionais e avaliação de equivalências” e devia concluir os seus trabalhos, designadamente a implementação do “processo de credenciação, formação e certificação dos profissionais das terapêuticas não convencionais” e desta forma cessar funções até ao final do ano de 2005 <sup>241</sup>. A lei também determinava que seria “regulamentada no prazo de 180 dias após a sua entrada em vigor”<sup>242</sup>. Os prazos previstos na Lei n.º 45/2003 não foram, no entanto, cumpridos como será demonstrado no presente texto. A comissão técnica consultiva prevista na Lei n.º 45/2003 foi inclusive constituída após ter decorrido o prazo legal para a regulamentação da lei, ou seja, a regulamentação da lei devia estar realizada no final de fevereiro de 2004 o que não sucedeu, tendo tal sido motivo de apresentação de requerimento por parte do Bloco de Esquerda ao Governo nos termos regimentais da Assembleia da República. A 14 de abril de 2004 o Bloco de Esquerda apresenta o Requerimento n.º 8/IX – Lei do enquadramento das terapêuticas não convencionais no qual questiona o Sr.º Ministro de Saúde relativamente ao seguinte: “Quais as razões que justificam o não cumprimento do estipulado na Lei n.º 45/2003 no que se refere aos prazos legais?; Quais as razões que justificam o facto da comissão técnica consultiva não ter sido nomeada?; A existência de uma lei inexecutável sobre as medicinas não convencionais serve os direitos dos utentes que a elas recorrem?; e por último quando será nomeada a comissão técnica consultiva?”<sup>243</sup>. O regulamento da comissão técnica consultiva das

---

<sup>240</sup> Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto – Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais

<sup>241</sup> Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto – Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais

<sup>242</sup> Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto – Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais

<sup>243</sup> Requerimento N.º 1288/IX (2.ª) - AC

terapêuticas não convencionais é aprovado apenas a 15 de abril de 2004 pelo Despacho conjunto n.º 327/2004<sup>244</sup> e os membros da comissão técnica consultiva das terapêuticas não convencionais são designados pelo Despacho conjunto n.º 261/2005 somente a 3 de março de 2005. No regulamento da comissão técnica consultiva das terapêuticas não convencionais fica definido que a comissão será “coordenada pelo representante do Ministério da Saúde, ao qual é atribuído voto de qualidade e competência para solicitar a emissão de pareceres aos peritos” e composta por um representante do Ministério da Saúde, um representante do Ministério da Educação, um representante do Ministério da Ciência e do Ensino Superior, um representante de cada uma das terapêuticas não convencionais reconhecidas pela Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, e sete peritos de reconhecido mérito, da área da saúde<sup>245</sup>. O Despacho conjunto n.º 261/2005<sup>246</sup> nomeia para cada uma das terapêuticas não convencionais reconhecidas pela Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, os seguintes representantes: a) Acupuntura — Dr. José Manuel Mendonça Costa e Faro; b) Homeopatia — Dr. Orlando Valadares dos Santos; c) Osteopatia — Dr. Augusto José de Proença Baleiras Henriques; d) Naturopatia — Dr. Manuel Dias Branco; e) Fitoterapia — Dr. João Manuel Dias Ribeiro Nunes; f) Quiropraxia — Dr. António Felismino Alves. Os peritos de reconhecido mérito da área da saúde nomeados pelo referido Despacho conjunto foram: a) Prof.º Doutor António Vaz Carneiro, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; b) Prof.ª Doutora Elsa Teixeira Gomes, da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa; c) Prof.º Doutor Fernando José Martins do Vale, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; d) Prof.º Doutor Fernando Eduardo Barbosa Nolasco, da Universidade Nova de Lisboa; e) Mestre Alberto Matias, da Direcção-Geral da Saúde; f) Licenciada Helena Pinto Ferreira, do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento; g) Licenciado Jorge Gonçalves, do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto.

Constatamos desta forma que entre os peritos de reconhecido mérito nomeados se encontravam cinco médicos, dois dos quais dirigentes da Sociedade Portuguesa Médica de Acupuntura (SPMA), o que foi motivo de tensão no seio da Comissão. Para além disso os representantes da homeopatia (Franco, 2010) e da acupuntura nomeados não foram aceites consensualmente pelos profissionais das TNC, designadamente José Manuel Faro, dirigente da Associação Profissional de Acupuntura e de Medicina

---

<sup>244</sup> Diário Da República — II Série N.º 125 — 28 de maio de 2004

<sup>245</sup> Diário da República — II SÉRIE N.º125 — 28 de maio de 2004

<sup>246</sup> Diário da República — II SÉRIE N.º 55 — 18 de março de 2005

Tradicional Chinesa (APAMTC) e diretor da Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC), não foi aceite por Pedro Choy, acupuntor reconhecido em Portugal. As divergências na Comissão Técnica Consultiva desde o início da sua constituição que despoletaram e impediram o exercício pleno das suas funções. A 21 de junho de 2005 os representantes das TNC entregaram um requerimento dirigido aos Ministros que tutelavam a Comissão Técnica Consultiva a contestar o facto de a Comissão ser constituída por um maior número de membros representantes de outras profissões, designadamente 10 membros de outras profissões, entre os quais sete membros das classes médica e farmacêutica e apenas por seis profissionais das terapêuticas não convencionais. Nesse requerimento afirmam existir discrepância entre o princípio que reconhecia a autonomia técnica e deontológica ao exercício das suas profissões e

*“o equilíbrio de forças no interior da comissão consultiva, tanto mais que vários peritos, excedendo a simples emissão de pareceres que normalmente esgota a sua função, insistem na intenção de dispor de direito de voto, a par com os representantes dos ministérios e das áreas profissionais abrangidas”* (Franco, 2010, p. 205).

Para além disso referem que

*“alguns dos peritos revelam a maior dificuldade em distanciar-se dos pontos de vista, critérios e interesses específicos das classes profissionais a que de facto pertencem; alguns manifestaram, logo a partir do início da primeira reunião, uma postura clara de objeção em relação ao cumprimento da Lei 45/2003, bem como tentativas de a desvirtuar através de interpretações de carácter falacioso, suscitadas por rígidas convicções a priori com selo corporativo inconfundível”* (Franco, 2010, p. 205).

Provavelmente estes fatores, entre outros, foram motivo para a Comissão Técnica Consultiva não ter concluído o seu trabalho celebrenemente. Apesar destas divergências a Comissão Técnica Consultiva manteve as suas funções, não tendo, contudo, apresentado publicamente o seu trabalho no prazo previsto, ultrapassando largamente o prazo legal previamente previsto para conclusão do exercício das suas funções. Isto apesar de José Faro referir ter concluído o trabalho e entregue o mesmo no prazo estipulado por Lei, ou seja, no fim do ano de 2005, tendo, no entanto, nos anos seguintes sido realizados alguns procedimentos e elaborados novos trabalhos, até o documento ser colocado em audição pública:

*“No início de 2006 foi discutido com as Associações profissionais e entregue ao Sr. Ministro da Saúde. Posteriormente houve um período de um ano para obter pareceres de peritos internacionais. Em março de 2007 o Ministério da Saúde manifestou interesse em estabelecer normas para uma Comissão que se encarregaria dos processos de credenciação/certificação dos profissionais, no quadro do art.º 6º da lei 45/2003. Este documento foi entregue a 3 de abril de 2007 e a 27 de abril de 2007 foi enviada uma carta ao Sr. Ministro da Saúde pedindo a divulgação das propostas e a sua colocação em apreciação pública”<sup>247</sup>.*

Apesar das afirmações de José Faro, a verdade é que o documento final só foi colocado para discussão pública em 2008, data que ultrapassa e muito o prazo legal. Tal levou a que fossem apresentados diversos requerimentos e perguntas ao Governo nos termos regimentais da Assembleia da República a questionar a não conclusão dos trabalhos da Comissão Técnica Consultiva e a não regulamentação da Lei n.º 45/2003.

A 29 de abril de 2005 o CDS -PP apresentou o requerimento n.º 275/X (1.ª) – AC a questionar

*“se a comissão técnica se mantinha em funções, se já estavam constituídos os grupos de trabalho das diversas especialidades, tendo em vista a sua regulamentação, qual o ponto de situação quanto ao andamento dos trabalhos da comissão técnica, e por último para quando se prevê a publicação da regulamentação respeitante às terapêuticas não convencionais”<sup>248</sup>.*

Posteriormente também o Bloco de Esquerda, em dezembro de 2006 e março de 2008, através dos requerimentos N.º 530/X – 2.ª- AC, de 13 de dezembro de 2006, e N.º 952/X (3.ª) a 19 de março de 2008, realiza as mesmas questões ao Ministério da Saúde.

A 1 de abril de 2008, no entanto, são colocados no site da Direção Geral de Saúde para discussão pública, pelo período de 30 dias, os dois primeiros pontos dos parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais - Caracterização e Perfil Profissional - elaborados pelos respetivos representantes da Comissão Técnica Consultiva (Henriques, 2016, p.9). Estes documentos foram, contudo, motivo de várias críticas no seio dos próprios profissionais das TNC.

A Associação Portuguesa de Profissionais de Acupuntura (APPA) liderada por Pedro Choy, seu presidente, que se designa como a maior associação portuguesa na área

---

<sup>247</sup> <https://nunolemos.com.pt/regulamentacao-de-acupuntura-faks/>

<sup>248</sup> Requerimento n.º 275/X (1.ª) – AC

e como a principal impulsionadora do processo de regulamentação das MAC, reiterando ter sido a que recolheu um maior número de assinaturas na petição mencionada anteriormente<sup>249</sup>, redige uma carta aberta à Ministra da Saúde, na data a Dra. Ana Jorge, a apresentar a sua discórdia relativamente ao projeto de regulamentação elaborado pela Comissão Técnica. Nesta carta a APPA afirma discordar do conteúdo da proposta de regulamentação da acupuntura apresentada pela Comissão Técnica, referindo “não nos sentimos representados pelo atual dito “representante” na presente Comissão Técnica Consultiva. Nunca foi eleito pelos profissionais de Acupuntura. (...) Nunca trocou informação com nenhuma Associação do sector, nem ouviu ninguém para tomar as decisões que serão para todos os profissionais”<sup>250</sup> e que face a isso, a Comissão para avaliação sob o ponto de vista Profissional e Curricular que a proposta de Lei propõe constituir, deve ser composta por um representante da Acupuntura

*“que seja eleito por votação secreta e direta (cada acupuntor deve votar e ter direito a candidatar-se ao cargo). Assim, democraticamente, exige-se que sejam feitas eleições onde possam participar todas as Associações e, logicamente, seus respetivos associados, ou mesmo qualquer profissional que não seja federado. Destas eleições sairá quem efetivamente nos representará, de forma justa, séria e à semelhança do que sucede em todas as Associações e/ou Ordens Profissionais, assim o exigem as normas da Democracia”.*<sup>251</sup>

Para além disso mostra-se contra a submissão a exame de avaliação (profissional e curricular) dos profissionais de acupuntura para que sejam acreditados.

Em resposta a esta carta aberta assinada pelo presidente da APPA, Pedro Choy e restantes membros da direção da APPA, o presidente da mesa da assembleia geral da Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC), Araújo Brito, num comunicado no site da referida associação, enaltece os profissionais das TNC mais antigos e os seus seguidores designadamente José Faro e Deolinda Fernandes, fazendo uma clara distinção entre estes e o acupuntor Pedro Choy relativamente a quem dirige, ainda que indiretamente, as seguintes questões e afirmações:

*“Será que o mais importante é o aparecimento de alguém num programa da TV popular nas manhãs semanais cujo grupo alvo é indistinto e em que se brinca com um esqueleto humano chamado “Óscar”? Será o que importa para a dignidade duma profissão médica*

---

<sup>249</sup> Petição N.º 39/IX/1.ª de 21 de março de 2003

<sup>250</sup> <https://nunolemos.com.pt/carta-aberta-a-ministra-da-saude-da-appa/>

<sup>251</sup> <https://nunolemos.com.pt/carta-aberta-a-ministra-da-saude-da-appa/>

*é a aplicação de agulhas num programa televisivo da “chalaça” em que alguém é picado como exibição do tipo Vilar de Perdizes? Ou talvez a propagação de inúmeras clínicas com um nome pessoal pelo país fora, lembrando outras célebres clínicas de cariz convencional, será a melhor propaganda da Medicina Tradicional Chinesa? Talvez a criação dum mito pelos “media”, sabe-se lá como, isso sim seja o mais importante?; “Quem não aparece na TV não é gente!”. Aparecendo na TV aparece-se na Imprensa! E até na Rádio! Aceito que muito foi divulgado, mas feito em proveito dum grupo de clínicas e não só. Quanto a isto, eu e muitos outros, não pactuámos nem procurámos propaganda deste tipo, dado que sempre achámos a nível associativo e individual que não era benéfico para a Medicina Tradicional Chinesa o trazê-la para uma ribalta que não emparelhasse com os procedimentos da Medicina Convencional. Muitas foram as recusas para presença em programas daquele tipo. Por outro lado, o culto da personalidade sempre por nós foi repudiado, mantendo um perfil pessoal em tudo idêntico ao da Medicina Convencional”.*<sup>252</sup>

Por outro lado, afirma que os seguidores e discípulos do Mestre Araújo Ferreira (descrito por alguns como o primeiro acupuntor português e que segundo Araújo Brito iniciou a acupuntura em Portugal na década de sessenta) ao contrário revelam estarem

*“a trabalhar sem nenhum interesse de negócios tipo “lobby “ou monopólios, limitando-se a realizar a tarefa que havia muitos anos se tinham proposto: – trabalhar e mostrar as vantagens do tratamento acupunctural e das outras vertentes MTC, seguindo como podiam os ensinamentos éticos do Mestre”*<sup>253</sup>.

Araújo Brito defende que o processo de regulamentação das TNC se deve a toda uma história das TNC em Portugal que se iniciou na década de sessenta com Araújo Ferreira o grande pioneiro da acupuntura em Portugal e teve como protagonistas nomes como Alfredo Vasco Homem, Indiveri Collucci, Correia de Oliveira, Fernando Santos e ele próprio. Por fim faz uma crítica ao número de associados da APPA referindo

*“Percebe-se que havendo alguém que conseguiu tão rapidamente dar “formação” de tantos “acupunctores”, possa vir a invocar a quantidade que terá como sócios na sua Associação e associadas. (...) Formar pessoas com um currículo de cinco mil horas, não é o mesmo que com quinhentas ou até mil. A APAMTC requer qualidade ao invés de*

---

<sup>252</sup> <https://nunolemos.com.pt/resposta-do-presidente-de-mesa-da-assembleia-geral-da-apamtc-a-carta-do-sr-pedro-choy/>

<sup>253</sup> <https://nunolemos.com.pt/resposta-do-presidente-de-mesa-da-assembleia-geral-da-apamtc-a-carta-do-sr-pedro-choy/>



*quantidade, pelo que necessariamente tem relativamente poucos associados, cento e vinte e cinco. (...) Em contraponto APAMTC exige critérios para aceitação dos seus associados que são reconhecidos internacionalmente, e comparados à qualidade de ensino dos que saíram da Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (protocolo com a Universidade de Nanquim, a mais antiga Universidade chinesa a lecionar o curso de MTC, cujo reitor se desloca a Portugal para a entrega de diplomas.) e ainda daqueles cuja experiência é reconhecida ao longo de muitos anos”.*

Ao analisarmos estas duas comunicações públicas constatamos que existia um conflito aberto entre os acupunctores portugueses mais antigos e os formados mais recentemente, ou mais propriamente entre os acupunctores mais antigos e o Pedro Choy e seus associados. José Faro através de um conjunto de “Fak’s” publicadas no site de Nuno Rebelo Lemos acaba por responder às críticas realizadas por Pedro Choy, nomeadamente no que se refere à sua nomeação enquanto representante da acupuntura na Comissão Técnica Consultiva, indicando que foi a Direcção-Geral da Saúde que coordenou o processo de escolha do representante na Comissão Técnica Consultiva de cada uma das Terapêuticas não Convencionais e que a “ratificação da sua nomeação foi feita na presença dos representantes das principais Associações profissionais de Acupuntura, no dia 26 de outubro de 2004, estando ele próprio em representação da APAMTC, FENAMAN e Conselho Federativo. Foi lavrada a ata da reunião, assinada por todos os presentes, entregue uma cópia a cada um dos representantes associativos e arquivado o original na DGS”<sup>254</sup>. Segundo Araújo Brito, Pedro Choy estava presente nesta reunião e assinou a referida ata<sup>255</sup>. José Faro em resposta às críticas realizadas na carta aberta da APPA refere que conversou com os representantes dos profissionais em momentos não formais, sempre que consultado e

*“em cinco momentos formais fundamentais: 1. Consulta aos seus pares, ao público e ao Ministro da Saúde e órgãos governamentais devido ao não funcionamento regular inicial da Comissão; 2. Consulta para traçar linhas diretoras gerais sobre a regulamentação da profissão com a apresentação de 74 slides sobre a mesma; 3. Consulta relativa às horas de formação; 4. Consulta relativa à inclusão das técnicas e sistemas específicos da Acupuntura no perfil profissional; 5. Consulta para discussão das questões relativas à equiparação”.*

---

<sup>254</sup><https://nunolemos.com.pt/regulamentacao-de-acupuntura-faks/>

<sup>255</sup><https://nunolemos.com.pt/resposta-do-presidente-de-mesa-da-assembleia-geral-da-apamtc-a-carta-do-sr-pedro-choy/>

José Faro ainda em resposta às críticas apresentadas na carta dirigida à Ministra da Saúde redige os seguintes esclarecimentos :

*“a regulamentação não prevê quaisquer exames, mas sim a renovação do CAPA ao fim de 5 anos, independentemente da via pela qual o candidato obteve o CAPA”; e “ a ausência de legislação não deve ser interpretada como “Todos os que colocam ou dizem colocar agulhas são acupunctores” mas sim como todos aqueles que fazem Acupunctura há mais de 1 ano e podem disso fazer prova através dos meios descritos na via da certificação pela experiência profissional têm o direito a candidatar-se ao título de Acupunctor”.*

Neste conjunto de Fak’s José Faro responde também a algumas críticas apresentadas pelo Bloco de Esquerda na Pergunta N.º 1221/X (3.ª) de 18 de abril de 2008, assim como àquelas que surgiram publicadas em diversos jornais diários e semanais portugueses, para além de prestar informação esclarecedora relativamente a todo o processo de regulamentação das TNC. O Bloco de Esquerda na Pergunta N.º 1221/X (3.ª) de 18 de abril de 2008, faz três questões, uma relativa

*“à razão pela qual o período de discussão pública da regulamentação da lei das terapêuticas não convencionais estar limitado a 30 dias, outra relativamente ao motivo pelo qual estava em discussão pública apenas a caracterização e o perfil profissional dos projetos de regulamentação e não a sua totalidade e por último questiona como o governo pretendia corrigir a falta de democraticidade e representatividade do processo, nomeadamente na escolha dos representantes profissionais, seja na comissão técnica seja nos futuros conselhos reguladores”* <sup>256</sup>.

José Faro responde afirmando que é da responsabilidade total do Sr. ° Ministro da Saúde a colocação em discussão pública apenas de dois pontos dos parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais – Caracterização e Perfil Profissional – elaborados pelos respetivos representantes<sup>257</sup>.

A discussão à volta dos documentos elaborados pela Comissão Técnica Consultiva colocados para discussão pública foram deste modo motivo de grande divergência entre os profissionais das TNC.

A Audição Pública sobre a regulamentação da Lei n.º 45/2003 realizada a 6 de maio de 2008 no Parlamento pelo Bloco de Esquerda vem demonstrar que esta

---

<sup>256</sup> Diário da República II Série-B — Número 100 X LEGISLATURA 3.ª SESSÃO LEGISLATIVA (2007-2008)

<sup>257</sup> <https://nunolemos.com.pt/regulamentacao-de-acupuntura-faks/>

divergência entre a APPA, liderada por Pedro Choy, e as associações representativas dos profissionais das TNC mais antigos, foi talvez um dos motivos pelos quais este processo de regulamentação das TNC se prolongou no tempo. Nesta Audição Pública, na qual segundo o Bloco de Esquerda, participaram mais de três centenas de profissionais das TNC, e na qual estiveram representadas várias associações destes profissionais, a crítica e preocupação mais partilhada, segundo o BE e com a qual este partido político diz concordar é referente

*“à proposta de composição dos futuros conselhos reguladores e suas comissões que, tal como está prevista, pode comprometer a independência, a objetividade e a credibilidade da sua atuação e decisões”*.<sup>258</sup>

Esta é uma crítica partilhada por Pedro Choy, presente no debate, que argumenta que o processo de acreditação dos acupunctores fica à responsabilidade do representante dos acupunctores durante dez anos *“sem que haja qualquer eleição”*<sup>259</sup>. Segundo o Bloco de Esquerda foram realizadas diversas críticas à Direção Geral de Saúde e à Comissão Técnica Consultiva designadamente no que se refere à falta de representatividade dos profissionais das TNC na Comissão Técnica Consultiva e à falta de democracia na eleição dos representantes das TNC neste organismo, assim como relativamente ao projeto de regulamentação que se encontra em discussão pública e não foi revelado publicamente na sua íntegra mas apenas uma parte dele<sup>260</sup>. Os alunos das TNC por sua vez mostram inquietação relativamente ao facto de o projeto de regulamentação não contemplar o reconhecimento e acreditação das escolas em funcionamento e seus respetivos cursos. Por último é também mencionado que a medicina tradicional chinesa ou a acupuntura japonesa deviam ser incluídas na regulamentação das terapêuticas não convencionais.

Os membros da Comissão Técnica Consultiva presentes no debate contestaram algumas destas acusações afirmando que a sua nomeação foi realizada pela DGS e aceite por um conjunto de representantes de associações de profissionais das TNC, alargando, no entanto, para mais 60 dias a discussão pública do projeto de regulamentação<sup>261</sup>.

---

<sup>258</sup> Projeto de Resolução N.º 353/X, p. 4

<sup>259</sup> <https://www.beparlamento.net/terap%C3%AAAuticas-n%C3%A3o-convencionais-lei-portuguesa-considerada-como-exemplar>

<sup>260</sup> Terapêuticas Não Convencionais: lei portuguesa considerada como exemplar | beparlamento.net

<sup>261</sup> Terapêuticas Não Convencionais: lei portuguesa considerada como exemplar | beparlamento.net

Os profissionais das TNC mais antigos mostraram alguma indignação com este debate e manifestaram o seu apoio à Comissão Técnica Consultiva. Tal é o caso de Fernando Neves. Fernando Neves, secretário na data, da Associação de Medicina Natural e Bioterapêutica (AMENA), no site oficial da associação, crítica o facto do debate se ter transformado num “campo de batalha aberto entre a APPA, e o Representante da Acupuntura na Comissão Técnica Consultiva”, e elogia a abertura total para dialogar dos representantes da Comissão Técnica Consultiva presentes no debate. Fernando Neves não só realiza afirmações críticas relativamente aos alunos da escola da APPA tais como

*“Lastimamos que, supostos alunos de Acupuntura, supostamente nos quartos e quintos anos de um curso que dizem ser de alta exigência, não saibam diferenciar-se, dos comportamentos emocionais produzidos pela energia Vento Yang, que em última análise conduz a processos auto-destrutivos. (...) não mais é possível TOLERAR as manobras dilatórias que a TODOS AFECTAM, com discussões onde o cerne único é estarem contra a LEI 45/2003”*,

como implicitamente realiza ameaças referindo

*“Não vá alguém aparecer e em frente de Deputados, que por inerência de Funções TÊM a OBRIGAÇÃO de DENUNCIAR, começar a questionar sobre um hipotético esquema de MONOPÓLIO, Proibido pelas Leis da Concorrência, quanto a produto com origem na China, questionar porque determinados tipos de frascos em uso em determinado tipo de mercado, não terem quem os fabrica, etc. etc. etc.”<sup>262</sup>.*

Nesta declaração Fernando Neves manifesta, ainda que implicitamente o seu apoio à Comissão Técnica Consultiva.

Ao analisarmos as declarações dos diversos intervenientes nesta discussão pública verificamos que o conflito intra profissional marcou o processo de regulamentação das TNC, pelo menos neste período histórico, sendo possível identificar duas facções divergentes no seio das TNC: as associações que aglomeram os profissionais das TNC mais antigos ou ligados a estes e aquelas lideradas por Pedro Choy. Estas duas facções tiveram como aliados nesta luta pela regulamentação das TNC diferentes partidos políticos. Ao analisarmos a posição política do Bloco de Esquerda relativamente ao processo de regulamentação das TNC, designadamente os requerimentos, perguntas e resoluções apresentados por este partido com assento na Assembleia da República, constatamos que esta se encontra alinhada com os interesses defendidos por Pedro Choy

---

<sup>262</sup> <https://nunolemos.com.pt/analise-da-discussao-publica-de-acordo-com-o-dr-fernando-neves/>

e seus associados. O Bloco de Esquerda manifestou nos diversos requerimentos, perguntas, resoluções e declarações compartilhar a posição de Pedro Choy, - militante do Bloco de Esquerda e inclusive deputado municipal do BE na Câmara Municipal de Salvaterra de Magos, - e seus associados relativamente ao processo de regulamentação das TNC. Podemos mesmo afirmar, tendo em atenção que o Bloco de Esquerda transcreveu quase de forma uníssona a posição de Pedro Choy e seus associados, que este partido acabou por representar os seus interesses na Assembleia da República.

O partido Socialista que de 12-03-2005 a 20-06-2011, constituiu os Governos Constitucionais<sup>263</sup> por sua vez, revela estar ligado à facção de José Faro. Isto é manifestamente verificável no facto de os membros representantes das TNC na Comissão Técnica Consultiva, terem continuado os trabalhos apesar da oposição demonstrada pelos peritos da área da saúde que faziam parte da mesma e apresentarem um projeto de regulamentação que lhes concedia um poder de decisão que se prolongaria durante vários anos.

As posições destes dois partidos são também reveladas na votação a que é submetido o Projeto de Resolução N.º 353/X apresentado pelo BE.

A 25 de junho de 2008 o BE apresenta o Projeto de Resolução N.º 353/X que *“Recomenda ao governo a promoção de princípios e metodologias democráticas no processo de regulamentação da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativa ao enquadramento base das Terapêuticas Não Convencionais, e nos mecanismos a adotar para a certificação dos seus profissionais”*<sup>264</sup>.

Este Projeto de Resolução que põe em causa a representatividade e legitimidade dos membros das TNC na Comissão Técnica Consultiva, assim como a democraticidade do processo de regulamentação a decorrer, argumenta que não é democraticamente aceitável que se centralize tanto poder de decisão num número reduzido de profissionais das TNC, quando estes ainda têm a agravante da sua escolha mais parecer *“uma sucessão dinástica entre aristocratas”*. Recomenda deste modo ao Governo:

*“A 1) Responsabilização da Direcção Geral de Saúde pela análise e decisão sobre as propostas apresentadas durante o período de consulta pública, a decorrer até 1 de julho de 2008; 2) Eleição dos representantes das TNC nos futuros conselhos reguladores, a*

---

<sup>263</sup> <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc22/governo/governos-antiores>

<sup>264</sup> Diário da República II Série-A — Número 125 X LEGISLATURA 3.ª SESSÃO LEGISLATIVA (2007-2008) 3 de julho de 2008

*partir de um processo eleitoral democrático e representativo, organizado com a participação e colaboração das associações representativas destes profissionais”.*

O Projeto de Resolução N.º 353/X na Reunião Plenária de dia 23 de janeiro de 2009 é submetido a votação e rejeitado com os votos contra do PS e votos a favor do PSD, do PCP, do CDS-PP, do BE, de Os Verdes e de 2 Deputados não inscritos <sup>265</sup>.

A 7 de maio de 2009 o BE apresenta ao governo, nomeadamente ao Ministério da Saúde a pergunta N.º 2271/X/4, na qual mais uma vez manifesta a sua oposição à Comissão Técnica Consultiva, afirmando ser antidemocrático que esta proceda à análise dos contributos recolhidos durante a consulta pública. Neste documento o BE solicita copias de toda a documentação que resultou da audição pública sobre a regulamentação das terapêuticas não convencionais.

A 19 de junho de 2009, uma acupunctora, formada na APADA (associação criada por Pedro Choy), Rita Brandão, apresenta um requerimento à Direção Geral de Saúde (DGS) a solicitar

*“a) “Todas as actas de todas as reuniões da Comissão Técnica Consultiva para a regulamentação da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto”; b) “Sugestões recebidas pela DGS no âmbito da discussão pública parcial da proposta de regulamentação da Lei n.º 45/2003”; c) “Relatório elaborado pela DGS no âmbito da discussão pública parcial da proposta de regulamentação da Lei n.º 45/2003”* <sup>266</sup>.

Não tendo resposta ao seu requerimento Rita Brandão apresentou queixa à Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA). A Direção Geral de Saúde em resposta à CADA quando inquerida por esta responde que o pedido solicitado no requerimento tinha sido encaminhado para o Coordenador da Comissão Técnica Consultiva. Este organismo, no entanto, não respondeu ao solicitado. A Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos, na sequência da queixa apresentada, em 7 de outubro de 2009 comunica através do Parecer N.º 261/2009 que “a DGS deve confirmar, expressamente, que não detém a informação requerida e a Comissão Técnica Consultiva pode, fundamentando, diferir o acesso, mas apenas aos documentos produzidos há menos de um ano”. Posteriormente a DGS comunica que segundo a Comissão Técnica Consultiva “a divulgação dos documentos pretendidos pode condicionar as decisões

---

<sup>265</sup> Diário da República, 24 de janeiro de 2009 I Série—Número 38 X LEGISLATURA4.ª SESSÃO LEGISLATIVA

<sup>266</sup> <https://www.cada.pt/files/pareceres/2009/261.pdf>

ulteriores, até à conclusão do processo, deduzindo-se, portanto, o indeferimento do pedido efetuado ao abrigo do disposto no n.º 3 do art.º 6 da Lei N.º 46/2007”<sup>267</sup>. Na resposta a Rita Brandão é também aconselhado que esta consulte o representante de Acupuntura (Franco, 2010). Nessa sequência o BE apresenta a 23 de novembro de 2009, a Pergunta N.º 299/XI (1.ª) ao Ministério da Saúde sobre o desrespeito pelo parecer da CADA, relativo à divulgação de documentos produzidos no âmbito do processo de regulamentação das TNC.

Rita Brandão, contudo, acaba por ter acesso aos documentos, em cumprimento do Parecer da CADA (Franco, 2010).

Estes eventos demonstram que a Comissão Técnica Consultiva foi motivo de críticas e conflitos profissionais no seio das TNC, não sendo a nomeação dos representantes das TNC na Comissão Técnica Consultiva consensual e aceite unanimemente por todos os profissionais das TNC, para além de que os trabalhos realizados por essa e colocados para audição pública se revelaram também alvo de divergências inconciliáveis.

As divergências neste processo de regulamentação das TNC foram, no entanto, não só intra profissionais, mas também inter profissionais, tendo, como já mencionado, ocorrido no próprio seio da Comissão Técnica Consultiva. Os peritos da área da saúde, nomeadamente os médicos, não contribuíram para a elaboração do projeto de regulamentação apresentado pela Comissão Técnica Consultiva (Franco, 2010). Tal situação, assim como a divergência entre os representantes das TNC e os peritos de saúde fica bastante visível no discurso proferido por Helena Pinto Ferreira, uma das peritas nomeadas:

*“Não houve mais nenhuma nomeação, nunca mais houve convocatórias para reuniões, dos peritos, nem nada...”* após o requerimento de 2005 apresentado pelos terapeutas das TNC membros da Comissão, o que foi segundo Helena Pinto Ferreira *“uma tentativa bem sucedida para que as reivindicações dos terapeutas fossem aceites, afirmando que estes “pretendem substituir-se aos médicos”, e que “ a lei pressupõe autonomia técnica e deontológica e, no entanto, considera como terapêuticas... ou seja, um indivíduo para ter autonomia técnica ou deontológica, das duas, uma, ou tem supervisão médica ou tem preparação médica. Ou então tem uma limitação enorme de competências. Como os representantes daquelas terapêuticas não admitem nem*

---

<sup>267</sup> Pergunta N.º 299/XI/1ª

*supervisão médica nem limitação de competências, não faço ideia de como vão resolver isto” ...” (Franco, 2010, p. 207).*

No dia 28 de outubro de 2009 é publicado, no Diário da República, 2.<sup>a</sup> série — N.º 209, o Despacho n.º 23619/2009 que determina que cessam funções na Comissão Técnica Consultiva e respetivas secções especializadas, a seu pedido, o Prof. Doutor António Vaz Carneiro, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, a Prof.<sup>a</sup> Doutora Elsa Teixeira Gomes, da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, o Prof. Doutor Fernando José Martins do Vale, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e o Prof. Doutor Fernando Eduardo Barbosa Nolasco, da Universidade Nova de Lisboa, mantendo-se em funções o Mestre Alberto Matias, da Direção-Geral da Saúde e a Licenciada Helena Pinto Ferreira, da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P..

O Despacho n.º 23619/2009 procede também à substituição do falecido Dr.º Jorge Gonçalves, do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto, e à nomeação de novos membros da Comissão Técnica Consultiva, na qualidade de peritos de reconhecido mérito da área da saúde, nomeadamente do Prof. Doutor Joaquim António Machado Caetano, professor catedrático de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, do Dr. António Pais de Lacerda, médico de medicina interna do Hospital de Santa Maria e consultor da Direção-Geral da Saúde, do Dr. Germinal de Matos, licenciado em Medicina, presidente da Associação de Medicina Alopática e Naturopática, da Enfermeira Maria Irene Coelho Gustavo, enfermeira supervisora do Hospital de Santa Maria, requisitada na unidade de missão cuidados continuados integrados e do Dr. Pedro Ribeiro da Silva, médico de clínica geral da Direção- Geral da Saúde.

Apesar da nomeação destes novos membros a Comissão Técnica Consultiva das Terapêuticas Não Convencionais não voltou a reunir, nem apresentou o relatório final com a análise sobre os contributos recolhidos durante a consulta pública que estava incumbida de elaborar. Isto segundo informação recolhida nas Perguntas dos Grupos Parlamentares apresentadas ao governo e nos debates das reuniões plenárias. Esta função atribuída à Comissão Técnica Consultiva foi, contudo, motivo de reclamação por parte do partido do BE nas várias Perguntas colocadas ao governo, para quem tal tarefa devia caber à Direção Geral de Saúde.



Face ao exposto podemos concluir que apesar de criada a Comissão Técnica Consultiva a regulamentação da lei não sucedeu, continuando o atraso na regulamentação da referida Lei a ser motivo de requerimentos, perguntas e resoluções ao Governo nos termos regimentais da Assembleia da República como foi o caso da Pergunta N.º 478/XI/2 de 15 de outubro de 2010 e do Projeto de Resolução N.º 521/XI, de 25 de março de 2011, da iniciativa do Grupo Parlamentar Bloco de Esquerda. A Pergunta N.º 478/XI/2 de 15 de outubro de 2010 questionava se já tinha sido nomeado o novo coordenador da Comissão Técnica Consultiva das Terapêuticas Não Convencionais, - uma vez que o anterior se tinha demitido e devido a isso a Comissão Técnica Consultiva tinha interrompido os seus trabalhos - e para quando estava prevista a publicação da regulamentação da Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas Não-Convencionais, Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto. O Projeto de Resolução N.º 521/XI que recomendava ao Governo a regulamentação da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativa ao enquadramento base das terapêuticas não convencionais, caducou a 19 de junho de 2011.

A não regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto, foi motivo de preocupação não só dos Grupos Parlamentares, mas também de outros organismos tais como a Entidade Reguladora da Saúde. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), na audição parlamentar N.º 2-CS-XII da Comissão de Saúde, ocorrida a 4 de agosto de 2011, que tinha como finalidade a discussão do projeto “Carta de Direitos dos Utentes dos Serviços de Saúde ”, representada pelo seu presidente o Prof.º Jorge Simões, afirma

*“ser necessário uma intervenção legislativa prioritária na área das terapêuticas não convencionais (...) uma vez que existem cerca de 2 milhões de portugueses que acedem a essas terapias e não têm qualquer tipo de proteção, não fazem a mais pequena ideia da qualidade dos atos praticados, do ambiente em que esses atos são praticados”*<sup>268</sup>. O Prof.º Jorge Simões refere que “em 2004 foi publicada uma Lei sobre medicinas alternativas, à qual não se seguiu qualquer tipo de legislação de regulamentação, passaram vários governos, talvez quatro ou cinco, e os diplomas necessários para pôr em prática essa Lei-quadro nunca foram publicados. O que significa que nós estamos numa situação muito complexa para a qual me permitam chamar a atenção dos senhores deputados. É que nós ERS podemos intervir em relação às áreas legalizadas que são praticamente todas, nos hospitais públicos, nos hospitais privados, nos centros de saúde, nos centros de patologia clínica, etc., mas em relação (...) a locais em que são praticados atos talvez de “saúde” e ponho em aspas talvez de

---

<sup>268</sup> <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheAudicao.aspx?BID=90900>

*saúde, a ERS não tem qualquer possibilidade de intervenção o que nos deixa uma terrível angústia. Espero que a angústia seja partilhada pelos senhores deputados, porque essa área é uma área que merece uma intervenção ...”<sup>269</sup>.*

O Prof.º Jorge Simões refere que há uns meses atrás tinha enviado uma carta ao Sr. º Presidente da Assembleia da República e ao Sr. º Ministro da Saúde a relatar esta mesma preocupação da ERS.

Podemos então concluir que o facto da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto, não estar regulamentada impedia qualquer intervenção por parte da ERS.

A 5 de junho de 2011 o Partido Social Democrata (PSD), liderado por Pedro Passos Coelho ganhou com maioria relativa as eleições legislativas, tendo na impossibilidade de formação de um governo, estabelecido um acordo de governo, assinado a 16 de junho de 2011, com o CDS - Partido Popular, liderado por Paulo Portas. O XIX Governo Constitucional de Portugal que tinha como Primeiro Ministro Pedro Passos Coelho tomou posse a 21 de junho de 2011. O país neste período histórico vivia uma crise económica que o tinha obrigado a 17 de maio de 2011 a assinar o Memorando de Entendimento, também conhecido por Plano da Troika que consistia num acordo assinado entre o Estado Português, o Fundo Monetário Internacional, a Comissão Europeia e o Banco Central Europeu, que tinha como objetivo o equilíbrio das contas públicas e o aumento da competitividade em Portugal, condição necessária para o empréstimo pecuniário de 78 mil milhões de euros que estas três entidades atribuíam ao Estado português. Portugal no documento “Portugal: memorandum of understanding on specific economic policy conditionality” que “descreve as condições gerais de política económica, previstas na Decisão de Execução 2011/344/UE de 17 de maio de 2011, relativa à concessão de assistência financeira da União Europeia a Portugal” recebeu a recomendação de “Adotar a lei sobre profissões não reguladas pela Assembleia da República [T3-2011], (...)”<sup>270</sup>.

O Secretário de Estado Adjunto do Ministério de Saúde, no XIX Governo Constitucional (2011 – 2015), liderado pelo Primeiro Ministro Pedro Passos Coelho <sup>271</sup>,

---

<sup>269</sup> <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheAudicao.aspx?BID=90900>

<sup>270</sup> [https://www.historico.portugal.gov.pt/media/1160817/1R\\_MoU\\_PT\\_20110901.pdf](https://www.historico.portugal.gov.pt/media/1160817/1R_MoU_PT_20110901.pdf)

<sup>271</sup> O XIX Governo Constitucional de Portugal formado com base nas eleições legislativas de 5 de junho de 2011, que o PSD ganhou com maioria relativa. Na impossibilidade de constituição de um governo com apoio parlamentar maioritário de um só partido, o Partido Social Democrata (PSD), liderado por Pedro Passos Coelho, negociou e estabeleceu um acordo de governo, assinado a 16 de junho de 2011, com o CDS - Partido Popular, liderado por Paulo Portas, tendo o Governo tomado posse a 21 de junho de 2011.

em 28 de julho de 2011, por despacho, solicita à Direção Geral de Saúde a realização de uma proposta de regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto, no prazo de 90 dias<sup>272</sup>. Na Direção Geral de Saúde, com o objetivo de dar cumprimento ao despacho é criado um grupo de trabalho constituído por especialistas do INFARMED e dos Ministérios da Educação e Ciência e da Agricultura<sup>273</sup>. A Ordem dos Médicos, apesar de lhe ter sido solicitado, não nomeou nenhum representante para fazer parte deste grupo de trabalho.

O Grupo Parlamentar do BE toma novamente a iniciativa de apresentar um Projeto de Resolução, nomeadamente o Projeto de Resolução N.º 42/XII (1.ª) que recomenda ao governo a regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto, relativa ao enquadramento base das Terapêuticas Não Convencionais. Este deu entrada na Assembleia da República a 27 de julho de 2011 tendo sido aprovado por unanimidade na reunião plenária de 21 de outubro de 2011. Na reunião plenária de 19 de outubro de 2011, na qual foi realizada a apreciação do Projeto de Resolução, todos os partidos com assento na Assembleia da República, nomeadamente os Verdes, o CDS -PP, o PS, o BE, o PCP e o PSD, eram da opinião da necessidade de regulamentar as TNC, tendo em atenção a segurança e proteção do doente, a saúde pública e o reconhecimento dos verdadeiros profissionais. Nesse debate foi também referido, designadamente pelo deputado João Serpa Oliva do CDS-PP, partido que fazia parte do governo, que a Direção Geral de Saúde no dia 28 de outubro de 2011 entregaria o projeto de regulamentação da Lei N.º 45/2003 para posteriormente ser colocado para discussão pública.

A 20 de janeiro de 2012, não tendo ainda sido regulamentada a lei das Terapêuticas Não Convencionais, apesar da aprovação da Resolução da Assembleia da República N.º 146/2011<sup>274</sup>, da recomendação da ERS e das afirmações do governo nomeadamente nos meios de comunicação de que as TNC seriam regulamentadas no mês de novembro de 2011, o Grupo Parlamentar do PS apresenta ao XIX Governo Constitucional (2011 – 2015), liderado pelo Primeiro Ministro Pedro Passos Coelho<sup>275</sup>, a Pergunta N.º 1715/XII (1.ª), na qual questiona “Para quando está prevista a publicação

---

<sup>272</sup> RESPOSTA À PERGUNTA N.º 1715/XII/1.ª

<sup>273</sup> RESPOSTA À PERGUNTA N.º 1715/XII/1.ª

<sup>274</sup> Esta resolução tem como origem o projeto de resolução n.º 42/XII

<sup>275</sup> O XIX Governo Constitucional de Portugal formado com base nas eleições legislativas de 5 de junho de 2011, que o PSD ganhou com maioria relativa. Na impossibilidade de constituição de um governo com apoio parlamentar maioritário de um só partido, o Partido Social Democrata (PSD), liderado por Pedro Passos Coelho, negociou e estabeleceu um acordo de governo, assinado a 16 de junho de 2011, com o CDS - Partido Popular, liderado por Paulo Portas, tendo o Governo tomado posse a 21 de junho de 2011.

da regulamentação da Lei do enquadramento base das Terapêuticas não Convencionais, Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto”<sup>276</sup>.

A 1 de fevereiro de 2012 a Direção Geral da Saúde organiza uma reunião com a Comissão Técnica Consultiva com o objetivo de promover a audição dos representantes das TNC e os peritos de Reconhecido Mérito relativamente à proposta de lei que regulamenta a Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto elaborada pelo grupo de trabalho criado para este efeito na Direção Geral de Saúde<sup>277</sup>. Nesta reunião estiveram presentes todos os representantes das TNC, tendo, no entanto, o Dr. ° José Manuel Dias Ribeiro Nunes representante da Fitoterapia sido substituído pelo Dr. ° Carlos Ventura. No que se refere aos peritos de Reconhecido Mérito não estiveram presentes três designadamente o Prof.º Dr. ° Joaquim Machado Caetano, o Dr. ° António País de Lacerda e o Dr.º Germinal de Matos. Nesta reunião estiveram também presentes o Dr. ° João Atanásio – chefe de Gabinete do Secretário de Estado do Ensino Superior e a Dr. ° Ana Pedroso – Jurista da Direção Geral de Saúde<sup>278</sup>. A proposta de lei de regulamentação das TNC elaborada pela Direção Geral de Saúde suscitou várias críticas, oposições e reparos, sendo sublinhado por muitos dos presentes na reunião ser curto o período para análise da proposta. Na reunião ficou estabelecido que poderiam enviar sugestões de alteração à proposta de regulamentação das TNC, até ao dia 6 de fevereiro de 2012, sendo os pareceres rececionados anexados à ata desta reunião, da qual passariam a fazer parte integrante.

Nos pareceres, dos representantes das TNC da Comissão Técnica Consultiva anexados à ata da referida reunião, é possível verificar que unanimemente estes profissionais das TNC apresentam uma posição contrária à proposta de lei da Direção Geral de Saúde, referindo que a regulamentação das TNC devia ter em atenção o trabalho desenvolvido e concluído pela Comissão Técnica Consultiva, designadamente o representante da Quiropraxia afirma mesmo “ *Não se vê razão para que se apresente nova proposta de Lei...* ”<sup>279</sup>.

---

<sup>276</sup> Diário da República II série B N. °134/XII/1 2012.01.26 (pág. 7-8)

<sup>277</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

<sup>278</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

<sup>279</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, p.7

Uma das críticas mais ferozes, e que está presente em todos os pareceres dos representantes das TNC<sup>280</sup>, é as várias ilegalidades que esta proposta de lei apresenta segundo estes. O representante de Naturopatia inclusive apresenta anexado ao seu parecer, uma apreciação jurídica de um advogado. O Dr. ° Manuel Dias Branco, representante de Naturopatia afirma

*“... só a Comissão criada pela Lei que agora se pretende regulamentar, é que tem competência para propor parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais. Ora a Comissão viu-se confrontada com uma “Proposta de lei que regulamenta a lei n. 45/2003 de 22 de agosto, emanada da Direção geral de saúde, “para efeitos de audição da comissão “e que não pode deixar de ser estranho por ser ilegal . Se o fizer como parece querer fazê-lo, estará a DGS por um lado, a violar as disposições legais estabelecidas na Lei n. 45/2003 e, por outro, a usurpar as competências que a mesma lei confere em exclusivo à Comissão”<sup>281</sup> .*

Também o representante de Osteopatia tem a mesma opinião e refere “A lei não está a ser cumprida...” uma vez que competia à Comissão Técnica Consultiva a regulamentação da lei<sup>282</sup>.

Para além disso quase todos os representantes das TNC referem que o preâmbulo da proposta de lei da Direção Geral de Saúde relata factos que não são verdadeiros ao declarar que

*“A Comissão iniciou os seus trabalhos, tendo sido apresentado, para cada uma das terapêuticas, um conjunto extenso de documentos sobre a caracterização e os perfis profissionais, que foram colocados em discussão pública. Esta veio, no entanto, a revelar a existência de desacordos relativamente à caracterização de algumas terapêuticas, pelo que o consenso exigido para elaboração da regulamentação, não foi alcançado”<sup>283</sup> .*

O representante de Acupuntura defende-se de tal acusação referindo:

*“Seguidamente e atendendo às observações resultantes da discussão pública, procedeu-se a uma nova redação de todos os documentos tendo-se alterado radicalmente as*

---

<sup>280</sup> O parecer do representante de Fitoterapia é cópia do parecer do representante de Acupuntura, sendo no entanto o deste último um pouco mais extenso.

<sup>281</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, p.2

<sup>282</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, p. 3

<sup>283</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, p.10

*formulações que durante o debate público revelaram ser mais polémicas, de forma a acomodar, dentro da razoabilidade, os diferentes pontos de vista tidos como idóneos. Elaborou-se, então, um esboço de decreto-lei, pronto em 2008 e dado a conhecer ao Dr. Pedro Ribeiro da Silva no quadro da sua nomeação pela DGS para o acompanhamento deste processo, em outubro de 2010*<sup>284</sup>.

Por sua vez o representante de Homeopatia afirma

*“É falso tal desacordo e falseado por omissão o estado final e maturado dos trabalhos preparatórios. Que de qualquer modo não poderiam ser vetados à ignorância. Só faltava, e falta, aprovar e publicar. (...) Mas não houve divergências significativas ou relevantes. É de má fé não fundamentar quais os pretensos desacordos e porque não eram sanáveis ou eram inviabilizantes. Não está expresso em que terapêutica não houve consenso, bem como se foram ou não integradas as propostas vindas da consulta pública e se os Representantes justificaram a sua não inclusão*”<sup>285</sup>.

Também os representantes de Naturopatia e Osteopatia manifestam a sua contestação perante tal afirmação:

Representante de Naturopatia – *“Ora esta afirmação além de ser ideologicamente falsa, foi construída como álibi para a Direção Geral de Saúde tentar constituir-se parte legítima para apresentar a referida proposta, à revelia dos comandos estabelecidos pela Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto, e no despacho conjunto n.º 327/2004, de 15 de abril. (...) A alusão que se faz neste preambulo a tal discussão pública é, para além de maldosa, inteiramente falsa. (...) Esta asserção, inteiramente falsa, não tomou em consideração, por um lado, que a Comissão Técnica Consultiva tem vindo a ser impedida, pela tutela, de exercer as funções que lhe foram cometidas pela Lei N.º 45/2003, e, ainda, pelo Despacho Conjunto n.º 327/2004, por falta da nomeação de novo Coordenador da mencionada Comissão Técnica. Por outro lado, serve as intenções sempre anunciadas e, simultaneamente, logo reprimidas, daqueles que se opõem tenazmente contra ventos e marés, à legalização das terapêuticas não convencionais em causa, procurando por todos os meios ilegais ao seu alcance, impedir a regulamentação da referida Lei n.º 45/2003, nos termos nela previstos, tal como despacho conjunto supra referenciado, ...*”<sup>286</sup>,

---

<sup>284</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, p.4

<sup>285</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, pp. 10-11

<sup>286</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, pp. 3-4

Representante de Osteopatia – *“Os documentos de Osteopatia foram verificados por peritos internacionais e assim aprovados, a seguir colocaram-se em consulta pública, onde salientamos que não existiram desacordos na área da Osteopatia, pese embora, onde surgiram dúvidas, questionaram-se estes, deram respostas anómalas e contraditórias, no entanto, verificou-se concordarem com o exposto na Documentação da Comissão, como facilmente se comprova por documentos escritos que existem tanto na Comissão como em nosso poder, ou ainda não deram resposta alguma, pelo que consideramos que quaisquer Associação ou indivíduos que se tenham pronunciado em desacordo carecem de legitimidade, (desconhecendo-se sobre muitos o seu grau de formação em Osteopatia/Medicina Osteopática), para mais, não existem, nem foram encontrados quaisquer argumentos de conteúdo, válidos e contraditórios às propostas oficialmente apresentadas sobre Osteopatia; neste sentido quem não deve não teme: - desafiamos qualquer a demonstrar o contrário, porque estamos conscientes do que falámos e afirmamos (detemos documentação nesse sentido em nosso poder)”<sup>287</sup>.*

No que diz respeito ao conteúdo propriamente dito da proposta de lei de regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto, apresentada pela Direção Geral de Saúde, foram também apresentadas várias críticas, nos pareceres, dos seis representantes das TNC da Comissão Técnica Consultiva e dos dois peritos de reconhecido mérito na área da saúde, anexados à ata da referida reunião.

O representante de Acupuntura, José Faro, argumenta que para além das seis terapêuticas não convencionais propostas para regulamentação, também a medicina tradicional chinesa devia ser regulamentada tendo em atenção que os profissionais que exercem acupuntura também exercem medicina tradicional chinesa e afirma que a atividade e o exercício dos profissionais não deverão ser definidos segundo a Organização Mundial de Saúde uma vez que as indicações desta instituição são contraditórias. José Faro afirma que a presente proposta de lei não dignifica a profissão, que põe em causa a autonomia técnica e deontológica dos profissionais das TNC ao submeter estes profissionais a entidades estranhas à profissão e ligadas à concorrência e apresenta críticas aos seguintes artigos: Artigo .º 3 – “Caracterização e conteúdo funcional” – Segundo José Faro a caracterização e conteúdo funcional incide sobre um conceito abstrato de acupuntura e não sobre a atividade concreta do acupuntor; Artigo.º 4 “Acesso à profissão” - Para José Faro este artigo não está de acordo com os artigos 7.º e 8.º da Lei

---

<sup>287</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, pp. 6-7

N.º 45/2003; Artigo 5.º “Cédula profissional” - As cédulas profissionais de acordo com este artigo ficavam sob a responsabilidade da ACSS. José Faro afirma que a ACSS não tem competências em matéria das Terapêuticas Não Convencionais e além disso pode existir um conflito de interesses na medida em que os quadros diretivos da ACSS são ocupados por figuras da Medicina Convencional que se têm revelado antagonistas das Terapêuticas Não Convencionais; Artigo 8.º “Falsa promessa de tratamento” – Segundo o profissional das TNC também este artigo não está de acordo com a Lei N.º 45/2003 ao estabelecer que se deve aplicar ao tratamento das infrações na área das TNC o código de transações comerciais, ou seja, o Decreto-Lei N.º 57/2008, de 26 de março, e não o que é aplicado aos restantes profissionais de saúde; Artigo 9.º “Seguro Profissional” – José Faro aconselha, tendo em atenção que alguns profissionais desta área têm dificuldade em celebrar contrato com empresas de seguros, que seja determinada a promulgação dos valores e condições deste seguro; Artigo 10.º “Locais de prestação de terapêuticas não convencionais” – Segundo este profissional não fica efetivamente determinado quais as condições em que devem operar os locais de prestação de cuidados de saúde das TNC; Artigo 11.º “Fiscalização e controlo” - Neste artigo o terapeuta refere que não fica esclarecido o que significa “comportamentos não conformes à Lei”; Artigos 12.º, 13.º e 14.º - “Regime sancionatório; Sanções acessórias; Competências para processo contra-ordenacional” – Nestes artigos é criticado não só o facto de ser determinado um quadro sancionatório sem se ter estabelecido previamente quais as normas a respeitar ou que possam estar a ser infringidas, como também o ser possível recorrer ao tribunal na sequência de sanções administrativas incorretas aplicadas “mais ou menos ad hoc por entidades alheias aos transmites da profissão ...”<sup>288</sup>.

O representante de Homeopatia começa por apresentar o seu desagrado e o dos representantes das associações das TNC, pelo facto de inicialmente existir como candidato a representante desta terapêutica na Comissão Técnica Consultiva um médico. O representante de homeopatia inicialmente realiza algumas críticas em termos gerais à proposta de lei apresentada pela DGS, fazendo entre outras, estas afirmações, um tanto polémicas:

*“Estão presentes e constituem parte integrante da Comissão, os Representantes do Ministério da Educação e Ensino Superior, devendo ser esta a sede de decisão, quanto à*

---

<sup>288</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, pp. 1-10



*tal formação mínima (4.ª classe??). Mais uma vez a subordinação à OMS é disparatada e sem nexo porquanto há uma recente experiência com vacinas da Gripe, que muito contribuíram para tudo, menos para a eficácia que a Medicina alopática tem de possuir, mesmo com uma das técnicas da Homeopatia, aliás a única a conseguir resultados de ERRADICAÇÃO de Doenças ao nível Planetário. Recorda-se a existência de um Documento da OMS sobre a Autonomia do Estado neste campo específico, das TNC”.*

Contesta a seguinte proposição da proposta de lei da DGS

*“Para a utilização consciente dos serviços concorre ainda a obrigatoriedade de prestação de todas as informações acerca do prognóstico duração do tratamento aos utilizadores, sendo sempre exigido o seu consentimento informado”<sup>289</sup>.*

com a seguinte afirmação

*“Mas a obrigatoriedade de prestação de todas as informações acerca do prognóstico e duração do tratamento aos utilizadores é de facto contra toda a relação Profissional/Utente , e tem sede própria no Código Deontológico, no Código de Prática Segura de Homeopatia e no Perfil Profissional, partes constituintes da proposta do representante de Homeopatia na Comissão Técnica Consultiva. (...)*

E no que se refere ao

*“ .... sempre exigido o seu consentimento informado» - afirma “Nada mais impróprio e descabido na relação Profissional/Utente de Homeopatia , pois a disposição similar na Alopacia implica no mínimo prática de artes invasivas com risco de vida”<sup>290</sup>.*

No parágrafo da proposta de lei da DGS -

*“A preocupação que norteia a elaboração da regulamentação é, antes demais, a da proteção da saúde pública – em concreto, dos utilizadores destas terapêuticas. Em segundo plano, pretende-se disciplinar as regras de atuação dos profissionais e dar garantias de formação adequada para o exercício destas profissões”<sup>291</sup>.*

afirma que este

---

<sup>289</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

<sup>290</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, p.13

<sup>291</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, p.3

*“remete-nos para um campo PERIGOSO, vago e discriminatório, pois tenta definir a existência de um “grupelho de utilizadores” destas Terapêuticas, fora do controlo médico. A praxis da Homeopatia em Portugal, tem revelado que não há “grupelho de utilizadores de Homeopatia” pois os utentes são os mesmos do Serviço Nacional de Saúde e de outros Sistemas de Saúde, já regulamentados. Relembramos o recente caso de uma queixa apresentada à Comissão de Proteção de Menores por uma Médica do IPO, em que foi decidida a perda da Autoridade Paternal sobre uma criança que ERA SEGUIDA por um dos IPO, a Lei 45 é de 2003. Mais se recorda que um dos Diretores desse IPO disse, em direto numa Estação de Televisão que aquela criança já não doente daquele Hospital Público. Terá sido este “contexto persecutório”, a razão principal do “afastamento” do Coordenador da Comissão?”<sup>292</sup>*

Posteriormente analisa cada um dos artigos da referida proposta de lei, fazendo vários reparos, entre os quais: o facto desta lei prever que várias matérias sejam regulamentadas posteriormente; os artigos 11.º “Fiscalização e controlo”, 12.º “Regime sancionatório” e 13.º “Sanções acessórias”, proporem que os profissionais das TNC, ao contrário do que estava previsto na Lei n.º 45/2003, tenham regimes penáveis diferentes dos aplicáveis aos restantes profissionais de saúde; não ser mencionada a autonomia técnica e deontológica destas profissões; e se remeter em vários artigos para as orientações da OMS<sup>293</sup>.

O representante da Naturopatia após enunciar uma série de críticas semelhantes à dos seus parceiros, apresenta uma proposta com algumas das seguintes correções aos normativos da Lei Proposta pela DGS: reconhecer a autonomia técnica e deontológica dos profissionais das terapêuticas não convencionais; reconhecer os princípios constantes no artigo 4.º da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto; estabelecer que os critérios para obtenção de diploma que permite o acesso à profissão sejam definidos pelas Associações Profissionais de cada uma das Terapêuticas Não Convencionais; estabelecer que, de acordo com os documentos elaborados e aprovados pela Comissão Técnica Consultiva, as cédulas profissionais sejam emitidas pela respetiva Associação Profissional; e por último determinar que seja aplicado aos profissionais das TNC que cometam infrações o

---

<sup>292</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012, pp. 11-12

<sup>293</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

mesmo regime penal que é aplicado aos restantes profissionais de saúde e não o disposto no Decreto- Lei N.º 57/2008, de 26 de março<sup>294</sup>.

Por sua vez para o representante da Osteopatia devia ser elaborado um projeto de regulamentação para cada uma das seis terapêuticas com base numa avaliação crítica à proposta de lei apresentada pela DGS e nos trabalhos elaborados pela Comissão Técnica Consultiva, querendo deste modo que o processo de regulamentação de Osteopatia fosse independente das restantes TNC<sup>295</sup>. Afirma tal como os restantes representantes das TNC que a proposta de Lei apresentada pela DGR não reconhece a autonomia técnica e deontológica destes profissionais. Para além disso assiná-la uma série de questões que se prendem com: a avaliação dos osteopatas, que segundo este representante apenas poderá ser realizada por outros Osteopatas detentores de reconhecimento noutra Jurisdição Europeia; o pedido de equivalências; os atuais estudantes em formação; o reconhecimento e avaliação das escolas; a falsa promessa de tratamento que segundo este “não é matéria de Lei mas sim de ética e deontologia profissional”; a questão do IVA para o qual dá o exemplo do Reino Unido, país onde os Osteopatas estão isentos de cobrar IVA aos pacientes; o seguro profissional, referindo também como exemplo o Reino Unido, país no qual os Osteopatas pagam um prémio baixo devido aos baixos riscos profissionais; o livro de reclamações que refere que não deve ser obrigatório; os peritos a nomear para a ACSS uma vez que tal não está claro na proposta de lei, etc.<sup>296</sup>.

Por último falemos do parecer do representante de quiropraxia que começa por dizer que em Portugal esta prática terapêutica não se designa de Quiropraxia como denominado na Lei N.º 45/2003, mas de Quiroprática pelo que qualquer regulamento a aprovar devia ter esta denominação. A análise crítica deste representante relativamente à proposta de lei da DGS apresenta algumas semelhanças com a dos outros representantes das TNC, nomeadamente refere que o artigo 11.º “Fiscalização e controlo” deve estar de acordo com o proposto na Lei N.º 45/2003, que a ACSS pode ser a entidade fiscalizadora desde que seja também composta por representantes de cada uma das seis terapêuticas não convencionais, designados pelas suas respetivas associações profissionais, que a autonomia técnica e deontológica dos profissionais está prevista na Lei n.º 45/2003, que

---

<sup>294</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

<sup>295</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

<sup>296</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

as terapêuticas regulamentadas devem ser isentas de IVA tais como as profissões médicas, que o artigo 8.º - “Falsa Promessa de Tratamento” deve simplesmente ser retirado, que ao regime sancionatório deve ser aplicada a Lei N.º 45/2003 que prevê o mesmo tratamento dado aos restantes profissionais de saúde, e que na emissão das cédulas profissionais devem intervir profissionais “*indicados pela associação de classes*”<sup>297</sup>.

No que diz respeito aos peritos de reconhecido mérito apenas dois apresentaram o seu parecer, o Dr. António Pais de Lacerda e a Dra. Helena Pinto Ferreira.

O Dr. António Pais de Lacerda salienta que a proposta de lei da DGS devia definir as regras de atuação das seis terapêuticas não convencionais utilizando os documentos elaborados pela Comissão Técnica Consultiva e colocados em discussão pública. Este sublinha que apesar de cada uma das Terapêuticas Não Convencionais ter fornecido

*“material excessivo e talvez por vezes demasiado “arrogante” para alguns, pois que “de sua dama” se tratava, mas ainda acredito que fosse possível colher neles alguma informação adequada para cada uma das terapêuticas e que não “chocasse” com a mentalidade médica convencional. Seria, evidentemente necessário também gerar um ambiente de cooperação mútua e de boa fé, com vontade para se “avanzar”, sem necessidade de recorrer a “agressões verbais” e “mal entendidos” de parte a parte*”<sup>298</sup>.

O Dr. ° João Lacerda sobre o “Acesso à Profissão” afirma concordar que o percurso de formação dos profissionais das TNC seja estabelecido pelo responsável do Governo pela educação. No entanto, refere que esta portaria deveria também ser elaborada com a colaboração da Comissão Técnica Consultiva e de acordo com as normas vigentes da OMS sobre formação nestas áreas. O regime transitório de acesso às profissões das TNC, de acordo com este reconhecido perito, deveria ser feito através de avaliação curricular “efetuada por um júri composto por dois profissionais de cada uma das seis TNC, nomeados pela DGS em conjunto com o Ministério da Educação, e por outra personalidade ligada à Educação na área da saúde, não necessariamente médico”<sup>299</sup>. Por último fala da necessidade da existência de um seguro de responsabilidade civil e de estipular legalmente qual o capital mínimo desse seguro que na sua opinião deveria ser idêntico ao da área da prática médica privada; propõe a criação de um organismo próprio,

---

<sup>297</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

<sup>298</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

<sup>299</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

tendo em atenção a autonomia técnica e deontológica destes profissionais, que em paridade com as outras estruturas reconhecidas com autoridade para tal, possa fiscalizar e controlar os profissionais das TNC com comportamentos que transgridam a ética e a lei; e refere que o Artigo 8.º “Falsa Promessa de Tratamento” - devia ser reescrito, devendo o seu conteúdo consistir em “Princípios éticos”.

O parecer da perita Dr.<sup>a</sup> Helena Ferreira manifesta-se bastante mais crítico e apresenta-se em grande parte posicionado de acordo com a Ordem dos Médicos. A Dr.<sup>a</sup> Helena Ferreira neste seu “Parecer” demonstra de forma bem explícita que tal como a Ordem dos Médicos defende o “ato médico” ao afirmar que “estabelecer o diagnóstico, prognóstico e tratamento” é uma competência exclusivamente médica estabelecida pela Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e Conselho<sup>300</sup>. Para esta Perita a regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto, deve cumprir o estabelecido pelos Tratados Europeus, que “exigem elevados padrões de formação” e não as orientações da Organização Mundial de Saúde que têm em atenção sobretudo os países em desenvolvimento. A Dr.<sup>a</sup> Helena Pereira, na apresentação do seu parecer, faz uma análise crítica à Proposta de Lei da DGS de artigo a artigo. Nessa análise crítica há que salientar como mais pertinentes os seguintes reparos: No Artigo 4.º “Acesso à Profissão” – propõe que o nível do diploma que dá acesso às profissões na área das TNC seja a licenciatura e a definição dos critérios para a obtenção do diploma seja realizada não só pelo Ministério da Educação como é proposto mas também pelo Ministério da Saúde; No Artigo 8.º “Falsa Promessa de Tratamento” – propõe a alteração da redação deste<sup>301</sup>, nomeadamente apresenta o seguinte texto:

*“Dever de Informação” 1. Os profissionais têm os deveres de: a) Se manterem permanentemente atualizados com informação fidedigna quanto aos actos que praticam; b) Prestarem aos utilizadores todas as informações acerca do resultado e duração do tratamento, sendo sempre exigido o consentimento informado destes; 2. Os profissionais das terapêuticas não convencionais não podem induzir os respetivos utentes em erro quanto aos resultados dos actos que praticam, nomeadamente sobre a sua capacidade de curar doenças, disfunções e malformações, sendo-lhes ainda aplicável o disposto no Decreto- Lei N.º 57/2008, de 26 de Março; 3. Cabe aos profissionais das terapêuticas*

---

<sup>300</sup> Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003, 2012

<sup>301</sup> Na proposta de Lei da DGS o artigo 8.º “Falsa Promessa de Tratamento” apresenta a seguinte redação: “Os profissionais das terapêuticas não convencionais não podem alegar falsamente que os actos que praticam são capazes de curar doenças, disfunções e malformações, sendo-lhes ainda aplicável o disposto no Decreto-Lei N.º 57/2008, de 26 de março.”

*não convencionais demonstrar que à data da informação aos utentes, dispunham de informação fidedigna de suporte da mesma informação.”*

No Artigo 9.º “Seguro Profissional” - afirma que o valor do seguro dos profissionais das TNC deve ser idêntico ao dos médicos; No Artigo 10.º “Locais de prestação de terapêuticas não convencionais “ – refere que é importante ficar estabelecido que é proibida a venda de produtos aos consumidores nos locais de consulta; No Artigo 12.º “Regime Sancionatório” - propõe que o exercício da atividade das TNC sem cédula profissional ou título profissional seja considerado crime e haja um agravamento do montante das coimas; No Artigo 15.º “Produto das Coimas” – propõe que 10% do produto das coimas reverta para “a entidade que levantou o auto de notícia”; No Artigo 16.º “ Disposição Transitória” – propõe que os profissionais candidatos à obtenção de cédula profissional tenham três anos de experiência profissional e não dois como é proposto e sejam submetidos a um exame que avalie não só os conhecimentos básicos mas também na área das ciências da saúde e procedimentos de segurança. Por último faz uma análise, aos anexos da Proposta de Lei da DGS, na qual defende que os profissionais de acupuntura só devem trabalhar sob supervisão médica ou após um diagnóstico médico estabelecido, e o reparo de que em vários países só os médicos podem exercer naturopatia devido a prática desta terapêutica exigir formação em várias áreas.

A Ordem dos Médicos, na sequência de pedido formal realizado pelo Ministro da Saúde, também se pronuncia relativamente à Proposta de Lei de regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto, elaborada pela DGS. A Proposta de Lei de regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto, objeto de análise da Ordem dos Médicos apresenta, no entanto, algumas alterações no que se refere aquela que inicialmente foi analisada pela Comissão Técnica Consultiva. O Dr. ° João Pires Silva e o Prof.º Dr. ° Fernando José Coelho Martins Vale, enquanto representantes da Ordem dos Médicos junto da Direção Geral da Saúde, emitem o seu parecer sobre a Proposta de Lei de regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto<sup>302</sup>.

O Dr. ° João Silva inicialmente faz algumas observações de carácter geral, para posteriormente realizar algumas críticas mais específicas, tendo em atenção os artigos e anexos que compõe a Proposta de Lei. O Dr. ° João Silva defende que as Terapêuticas Não Convencionais se devem reger por critérios científicos tal como a medicina

---

<sup>302</sup> O parecer destes médicos consiste no Parecer da Ordem dos Médicos e encontra-se no site do parlamento: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=37367>

convencional, e tal como sucede na medicina convencional, as Terapêuticas Não Convencionais devem demonstrar evidência científica. Refere, também que a regulamentação das TNC em Portugal, um país europeu, não deve seguir as orientações da OMS que são essencialmente dirigidas a países em desenvolvimento, mas deve antes “obedecer a um elevado standards para ir de encontro a um elevado grau de responsabilidade, diligência e competência dos profissionais (Lei n.º 45/2003)”. Afirma que o texto legal leva a uma confusão “hermenêutica” ao descrever as TNC como terapêuticas que realizam diagnósticos. Este procedimento é, segundo o Dr. João Silva um ato médico. Na análise aos artigos sublinha que o Conselho Nacional das Terapêuticas Não Convencionais, órgão constituído nesta Proposta de Lei da DGS para as “questões relativas ao exercício, formação, regulamentação e controlo das profissões”<sup>303</sup> das TNC (este organismo não constava parece-nos na versão da Proposta de Lei analisada pela Comissão Técnica Consultiva), deve ser composto por mais elementos da DGS e mais médicos, e que o INFARMED deve ter como uma das suas funções a regulação e supervisão do material médico que seja utilizado na prática destas terapêuticas. Relativamente aos anexos o Dr. João Silva afirma que na definição de acupuntura não deve ser incluída a referência a “preparados fitoterápicos”, que na fitoterapia deve ficar claro que esta não realiza qualquer diagnóstico e que a naturopatia não devia ser regulamentada, afirmando tal como a Dr. <sup>a</sup> Helena Ferreira, que em alguns países só os médicos podem exercer esta abordagem terapêutica.

O Parecer do Prof.º Dr.º Fernando Vale é composto ora por reparos negativos ora positivos às diversas disposições da Proposta de Lei da DGS. No parecer do Prof.º Fernando Vale salienta-se como mais significativo a análise realizada aos seguintes artigos: - Artigo 8.º “Informação” - Neste artigo afirma que o prognóstico e diagnóstico são atividades que os profissionais da TNC não podem realizar devido não estarem habilitados para o fazer e considera positivo a disposição que afirma que profissionais das TNC não podem “alegar falsamente que os atos que praticam curam doenças, disfunções ou malformações” uma vez que estas terapêuticas não curam doenças mas “apenas aliviam sintomas”; - Artigo 11.º “Fiscalização e Controlo” – congratula o facto de ter sido atribuído ao INFARMED a fiscalização dos medicamentos à base de plantas; - Artigo 17.º “Composição” - refere que o Conselho Nacional das Terapêuticas Não

---

<sup>303</sup> Parecer da Ordem dos Médicos disponível no site do parlamento: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=37367>

Convencionais não deve ser composto por tão elevado número de representantes das TNC pois tal pode “inviabilizar a eficácia reguladora dos representantes da DGS e Ministérios com óbvio risco para a Saúde Pública”. Na análise aos anexos da Proposta de Lei da DGS recomenda que deve ficar bem expresso que os profissionais de acupuntura sempre que usarem agulhas “se comprometem a usar as regras de assepsia e a usar agulhas descartáveis” e que os locais de venda de fitoterapia devem ter um aviso que informe que todos “os medicamentos naturais ou sintéticos podem originar efeitos adversos ou interações medicamentosas, e que por isso os doentes devem comunicar aos médicos os produtos que estão a usar...”<sup>304</sup>.

Ao analisarmos os pareceres da Comissão Técnica Consultiva e da Ordem dos Médicos, apesar de não termos tido acesso aos documentos originais que foram apresentados para análise a estes dois organismos, verificámos que a proposta de lei elaborada pela DGS objeto de análise pela Comissão Técnica Consultiva sofreu alterações posteriores, tendo a Ordem dos Médicos se debruçado sobre esta nova versão da proposta de lei de regulamentação da Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto. Esta nova versão parece-nos ser a versão final, isto é, a Proposta de Lei n.º 111/XII/2.<sup>a</sup> que dá entrada na Mesa da Assembleia da República no dia 29 de novembro de 2012.

A entrada deste diploma legal na Mesa da Assembleia da República vem também na sequência da decisão do Tribunal Administrativo de Círculo de Lisboa, de 3 de agosto de 2012, que “verificada a existência de uma situação de ilegalidade por omissão nos termos do artigo 77.º do CPTA (...)” condenou os Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Ensino Superior a no “prazo de oito meses suprirem tal omissão quanto à terapêutica não convencional de homeopatia”. Esta decisão judicial é resposta à providencia cautelar contra os Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e Ensino Superior, interposta em 2011 pela Associação de Medicina Natural e Bioterapêutica – AMENA que requeria que aqueles Ministérios fossem obrigados “no que respeita à homeopatia a adotarem, aprovarem e fazerem publicar em Diário da República, como provisórias, as normas regulamentares que regulamentem provisória e integralmente a Lei n.º 45/2003”<sup>305</sup>.

---

<sup>304</sup>Parecer da Ordem dos Médicos disponível no site do parlamento: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheIniciativa.aspx?BID=37367>

<sup>305</sup> <https://portal.oa.pt/media/118043/n%C2%BA-93-94-2012.pdf>



As alterações que a Proposta de Lei elaborada pela DGS sofreu após audição da Comissão Técnica Consultiva foram motivo de análise da nossa parte, uma vez que permitem, neste conflito inter profissional, não só antever as conquistas e derrotas de ambos os lados nesta luta, como também compreender como se chegou ao texto final que constitui a lei que regulamenta a Lei N.º 45/2003, de 22 de agosto.

Ao analisarmos a Proposta de Lei n.º 111/XII/2.<sup>a</sup> constatamos que algumas das recomendações dos membros da Comissão Técnica Consultiva, foram tidas em atenção pelo Governo, tendo mudado a redação de alguns artigos da Proposta de Lei. Uma das recomendações de um dos membros da Comissão Técnica Consultiva, designadamente da perita de reconhecido mérito, Dr.<sup>a</sup> Helena Ferreira, foi recomendar como grau académico exigido para obtenção de diploma que daria acesso à profissão a licenciatura. Para além disso propõe que na definição dos requisitos que determinam quais os ciclos de estudos para cada uma das TNC seja ouvida a Direção Geral de Saúde. Na versão final da Proposta de Lei, nomeadamente aquela que dá entrada na Assembleia da República, é definido como grau académico exigido a licenciatura e estabelecido que na definição dos requisitos que determinam quais os ciclos de estudos para cada uma das TNC deve ser ouvida não só a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, mas também a Direção Geral de Saúde. O artigo 8.º designado inicialmente “Falsa promessa de tratamento” objeto de críticas tanto por parte dos representantes das TNC como por parte dos peritos de reconhecido mérito, sofre alterações significativas, passando a designar-se “Informação”. A nova redação deste artigo, parece ter em atenção não só as críticas realizadas pela Dr.<sup>a</sup> Helena Ferreira como também a dos representantes das TNC. O Artigo 8.º na Proposta de Lei n.º 111/XII/2.<sup>a</sup>, tal como proposto pela Dr.<sup>a</sup> Helena Ferreira, afirma que os profissionais das TNC devem sempre exigir o consentimento informado aos utilizadores das TNC e mantém o texto motivo de crítica por parte dos representantes das TNC, nomeadamente menciona que os profissionais das TNC não podem “alegar falsamente que os atos que praticam são capazes de curar doenças, disfunções e malformações”. Contudo deixa de fazer referência ao Decreto-Lei n.º 57/2008, de 26 de março, uma das maiores críticas dos representantes das TNC. Ao artigo 15.º “Produto das coimas” é incluída uma alínea com uma das propostas sugerida pela perita Dr. Helena Ferreira, designadamente é incluído no artigo que 10% do produto das coimas revertesse para a entidade que levantou o auto de notícia. Por último no que se refere ao Artigo “Disposição Transitória” algumas das críticas dos representantes das TNC foram tidas

em atenção, designadamente deixa de ser exigido 2 anos de experiência profissional numa das TNC para requerer emissão de cédula profissional e o prazo para a requerer deixa de ser 30 dias para passar a ser de 90 dias. Contudo uma das grandes reivindicações dos representantes das TNC não foi ouvida verificando-se que a Proposta de Lei n.º 111/XII/2.<sup>a</sup> não faz qualquer referência à autonomia técnica e deontológica exigida por estes profissionais. A Proposta de Lei N.º 111/XII/2.<sup>a</sup> é então motivo de contestação por parte dos profissionais das TNC que neste momento do processo de regulamentação das TNC, deixam as divergências de lado e se unem para lutar pelos mesmos objetivos, assinando a Petição N.º 227/XII/ (2.<sup>a</sup>).

No dia 9 de janeiro de 2013 deu entrada na Assembleia da República a Petição N.º 227/XII/(2.<sup>a</sup>) “Por uma regulamentação da Proposta de Lei n.º111 /XII (2.a) ao serviço dos Utentes e Profissionais”, iniciativa de Riccardo Salvatore Anastácio mas com a contribuição de vários profissionais das TNC representantes de várias associações e escolas das TNC, tais como Ana Varela ( Federação Portuguesa de Fitoterapia Profissional), de Augusto Henriques ( Associação de Profissionais de Osteopatia), de Carlos Ventura ( Sociedade Portuguesa de Naturalogia), de Deolinda Fernandes (Escola de Medicina Tradicional Chinesa), de Eduardo Vicente (Federação Nacional de Acupuntura), de João Faria (Licenciado em MTC desde 1981), de José Faro ( Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa), de Manuel Branco (Associação Portuguesa de Naturopatia), de Pedro Choy ( Associação Portuguesa de Profissionais de Acupuntura) e de Riccardo Salvatore (Estrela Mestra – Instituto de Formação em Terapia Tradicional Oriental)<sup>306</sup>.

Neste momento do processo de regulamentação das TNC, tal como é descrito pela bibliografia internacional de referência, os profissionais das TNC põem de lado as suas divergências e unem-se para conseguir uma meta comum. Esta Petição subscrita por 7185 cidadãos

*“...apela para a necessidade de a Assembleia da República rectificar a proposta de lei regulamentar das Terapêuticas Não Convencionais (TNC) 111/XII/ 2.<sup>a</sup> (Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Naturopatia, Osteopatia e Quiropraxia) de acordo com o espírito e a letra da Lei N.º 45/2003, aprovada por unanimidade na Assembleia da República», considerando a Proposta de Lei n.º111 /XII (2.a) “...um retrocesso no*

---

<sup>306</sup> Petição N.º 227/XII/(2.<sup>a</sup>) retirada do site do Parlamento:  
<https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetallePeticao.aspx?BID=12346>

*reconhecimento e consagração públicos da credibilidade científica, profissional e terapêutica das TNC”.*

Nesta Petição os profissionais das TNC reivindicam que a regulamentação destas práticas de saúde deve incluir

*“acesso exclusivo à cédula profissional das TNC aos actuais profissionais e futuros licenciados; direcção autónoma e exclusiva por profissionais das TNC dos locais de prestação de cuidados de TNC; Paridade com outras profissões de saúde autónomas, incluindo a isenção de IVA; liberdade de fornecimento dos produtos a utilizar, nos locais de prestação de cuidados de saúde das TNC; e simplificação do processo de licenciamento dos locais de prestação de cuidados de saúde das TNC evitando assim burocracias inadequadas e custos desnecessários para os profissionais e utentes”.*

De acordo com a Lei de Exercício de Petição, tendo em atenção o número de assinaturas da petição, era obrigatória a audição dos peticionários, a sua discussão em Sessão Plenária da Assembleia da República e a sua publicação na íntegra em Diário da Assembleia da República. A audição dos peticionários foi realizada a 27 de março de 2013 pela Comissão Parlamentar da Saúde, tendo estado oito representantes dos subscritores da petição. Nesta audiência, os profissionais das TNC, mais uma vez, reivindicam autonomia técnica e deontológica para o exercício da sua atividade profissional, assim como a “pretensão de serem os próprios profissionais das TNC a auto regularem-se”<sup>307</sup>. Para além disso afirmam que apesar da Petição não incluir a pretensão de a regulamentação das TNC contemplar também a Medicina Tradicional Chinesa esta é também uma das suas reivindicações. A discussão em Sessão Plenária da Assembleia da República, assim como a Resposta do Sr. Ministro da Saúde à Petição N.º 227/XII/ (2.ª), foi, contudo, posterior à promulgação da Proposta de Lei n.º 111 /XII (2.a), que apresenta um texto final (ou seja, o texto promulgado) com algumas alterações pertinentes.

Na reunião plenária de 10 de janeiro de 2013 procedeu-se à discussão na generalidade da Proposta de Lei N.º 111/XII (2.a), na qual interveio o Sr. Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (Fernando Leal da Costa) que apresentou a Proposta de Lei, e os deputados do PS, Os Verdes, PCP, BE, CDS-PP E PSD. Os deputados do PS, de Os Verdes, e do BE realizaram várias críticas a esta Proposta de Lei entre as quais

---

<sup>307</sup> Relatório final da Comissão Parlamentar de Saúde retirado do site Parlamento: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePeticao.aspx?BID=12346>

esta não culminar com o processo de regulamentação das TNC devido remeter para várias portarias e pôr em causa a autonomia técnica e deontológica dos profissionais das TNC<sup>308</sup>. Apesar destas críticas na votação, na generalidade, a Proposta de Lei n.º 111 /XII (2.a) foi aprovada com os votos a favor do PSD, do PS e do CDS-PP e abstenções do PCP, do BE, de Os Verdes e do Deputado do PS Paulo Pisco. No dia 17 de julho de 2013 foi realizada discussão e votação na especialidade do Texto Final elaborado pelo Grupo de Trabalho criado no âmbito da Comissão Parlamentar de Saúde. Durante a discussão o deputado Nuno Reis do PSD propôs algumas alterações ao Texto Final elaborado pelo Grupo de Trabalho que foram aceites. Nessas alterações propostas pelo deputado Nuno Reis há que salientar a inclusão da Medicina Tradicional Chinesa como terapêutica não convencional a regulamentar, assim como a introdução no número 8 do artigo 19.º da integração do texto “... peritos no exercício da terapêutica não convencional em apreço...”. No dia 17 de julho de 2013 foi aprovada, na especialidade, a proposta de Texto Final da Proposta de Lei n.º 111 /XII (2.a) na qual estiveram presentes todos os Grupos Parlamentares com exceção dos “Os Verdes “que estiveram ausentes<sup>309</sup>. No dia 24 de julho de 2013 na presença de todos os Grupos Parlamentares com exceção do BE e de “Os Verdes” foi colocada a votação e aprovada com unanimidade, na especialidade, a correção realizada pelo deputado Serpa Oliva do CDS -PP, que eliminava a referência à Lei N.º 45/2003 no corpo do n.º 1 do Artigo 19.º da Proposta de Lei. Na reunião plenária de 24 de julho de 2013 o texto final da Proposta de Lei n.º 111/XII (2.ª), apresentado pela Comissão de Saúde foi a votação final global tendo sido aprovado, com votos a favor do PSD, do PS e do CDS-PP e abstenções do PCP, do BE e de Os Verdes<sup>310</sup>. A Proposta de Lei n.º 111/XII (2.ª) após promulgada em 22 de agosto de 2013 pelo Presidente da República, foi publicada no Diário da Assembleia da República a 2 de setembro de 2013 constituindo a Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro – “Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais”<sup>311</sup>. A Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro revela que foram tidas em atenção algumas das reivindicações dos profissionais das TNC, nomeadamente reconhece a estes profissionais autonomia técnica e deontológica, inclui no âmbito da aplicação da regulamentação a Medicina Tradicional Chinesa, assegura que a direção clínica dos locais

---

<sup>308</sup> DAR I série N.º40/XII/2 2013.01.12 (pág. 46-46)]

<sup>309</sup> Votação na reunião da Comissão n.º 102 em 2013-07-17, Texto Final aprovado artigo a artigo Aprovado

[DAR II série A N.º178/XII/2 2013.07.26 (pág. 5-12), Relatório da discussão e votação na especialidade e texto final]

<sup>310</sup> [DAR I série N.º115/XII/2 2013.07.25 (pág. 62-62)]

<sup>311</sup> DR I série N.º168/XII/2 2013.09.02]

de prestação de terapêuticas não convencionais seja realizada por um profissional das TNC credenciado e permite a simplificação do processo de licenciamento dos locais de prestação de cuidados de saúde das TNC. No entanto, outras reivindicações, - tais como a isenção de IVA para o exercício da prática das TNC, a permissão para a comercialização de produtos nos locais de prestação de cuidados de terapêuticas não convencionais, o acesso exclusivo à cédula profissional das TNC aos atuais profissionais e futuros licenciados ou o não ser a Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS) a entidade responsável pelas cédulas profissionais , - não foram conseguidas.

### **5.2.3 O Processo de Regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais após a Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro**

No dia 3 de janeiro de 2014 dá entrada na Mesa da Assembleia da República o Projeto de Resolução N.º 902/XII/3.<sup>a</sup> que recomenda ao Governo que a regulamentação da Lei N.º 71/2013 de 2 de setembro seja aprovada em março de 2014 tal como previsto no referido preceito legal. Este, no entanto, foi rejeitado na reunião plenária de 10 de janeiro de 2014 com os votos contra do PSD e do CDS-PP e os votos a favor do PS, do PCP, do BE e de Os Verdes<sup>312</sup>.

A 3 de fevereiro de 2014 é publicada no Diário da Assembleia da República a Portaria n.º 25/2014 de 3 de fevereiro que estabelece quais as competências, regras de funcionamento e apoio administrativo do Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais. Ao Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais são atribuídas as seguintes competências:

*“Propor normas técnicas de atuação profissional, tendo em conta a interligação com as várias profissões na área da saúde; Emitir pareceres e elaborar estudos sobre matérias relacionadas com as competências e o conteúdo funcional das profissões e, quando solicitado, emitir parecer sobre a concessão de títulos profissionais; Propor normas sobre ética, deontologia e qualificação profissional; Colaborar com entidades nacionais e estrangeiras na realização de estudos e trabalhos que visem o aperfeiçoamento das profissões e manter, a nível nacional e internacional, relações com organismos congéneres; Colaborar com as entidades que têm a seu cargo a fiscalização e controlo do exercício profissional nas ações que visem a deteção e erradicação de situações de exercício ilegal; Pronunciar -se, quando solicitado pela respetiva autoridade competente, sobre os pedidos de reconhecimento, certificados e outros títulos de cidadãos de Estados membros da União Europeia, para efeitos de autorização do exercício profissional em Portugal; Propor ao Ministro da Saúde quaisquer ações que entenda deverem ser desenvolvidas, tendo em conta, nomeadamente, o seu carácter prioritário; e Exercer as demais competências que lhe forem confiadas pelo Ministro da Saúde”.*

A 7 de outubro de 2014 é publicado em Diário da Assembleia da República o Despacho n.º 12337/2014 que nomeia os membros do referido conselho. No que se refere aos representantes das TNC foram designados os seguintes profissionais: Maria Deolinda

---

<sup>312</sup> <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalleIniciativa.aspx?BID=38139>

Camilo Rodrigues Fernandes e Eduardo Augusto Vicente em representação da acupuntura; Maria Manuela Nunes da Costa Maia da Silva e Carlos Fernando Campos Ventura em representação da fitoterapia; António Manuel Machado Fernandes Novaes e Jorge Manuel Barbosa Fonseca, em representação da homeopatia; Pedro Choy de Amélia Cordeiro e José Manuel Mendonça da Costa Faro, em representação da medicina tradicional chinesa; Manuel da Rocha Coelho de Melo e António José Afonso Marcos, em representação da naturopatia; Augusto José de Proença Baleiras Henriques e Ângelo Vidigal Lucas, em representação da osteopatia; e por último António Felismino Alves e Paulo Valente, em representação da quiropraxia. Na sequência do falecimento de António Manuel Machado Fernandes Novaes, representante da homeopatia, em 11 de agosto de 2015 é publicado o Despacho n.º 8898/2015 que procede à sua substituição, sendo nomeado José dos Santos Lopes.

Em setembro e outubro de 2014 são publicadas em Diário da Assembleia da República as Portarias de regulamentação previstas na Lei N.º 71/2013 de 2 de setembro, relativas à emissão de cédulas<sup>313</sup>, à organização, funcionamento, recursos humanos e instalações<sup>314</sup>, ao grupo de trabalho de avaliação curricular<sup>315</sup>, à responsabilidade civil<sup>316</sup> e à caracterização e conteúdos funcionais das terapêuticas não convencionais<sup>317</sup>, ficando, no entanto, por regulamentar as portarias referentes aos ciclos de estudos e ao regime transitório a aplicar às instituições de ensino/formação das TNC que na data de entrada em vigor da lei se encontravam a lecionar. As portarias de regulamentação previstas na Lei N.º 71/2013 de 2 de setembro, não foram, então, regulamentadas no prazo legal previsto, ou seja, nos 180 dias que a referida lei propunha. Na sequência disso são apresentadas ao Governo, designadamente ao Ministério da Saúde várias perguntas ao longo dos anos pelos diferentes Grupos Parlamentares com assento na Assembleia da

---

<sup>313</sup> Portaria n.º 182-A/2014, 12 setembro – que fixa o montante das taxas a pagar pela cédula profissional.

Portaria n.º 182-B/2014, de 12 de setembro - que fixa as regras a aplicar ao requerimento e emissão da cédula profissional.

<sup>314</sup> Portaria n.º 182/2014, de 12 de setembro - que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das terapêuticas não convencionais.

<sup>315</sup> Portaria n.º 181/2014, de 12 de setembro – que cria o grupo de trabalho de avaliação curricular dos profissionais das terapêuticas não convencionais.

<sup>316</sup> Portaria n.º 200/2014, de 3 de outubro - referente ao seguro de responsabilidade civil profissional.

<sup>317</sup> Portaria n.º 207-A/2014, de 8 de outubro - fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de naturopata.

Portaria n.º 207-B/2014, de 8 de outubro - fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de osteopata.

Portaria n.º 207-C/2014, de 8 de outubro - fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de homeopata.

Portaria n.º 207-D/2014, de 8 de outubro - fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de quiroprático.

Portaria n.º 207-E/2014, de 8 de outubro - fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de fitoterapeuta.

Portaria n.º 207-F/2014, de 8 de outubro - fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de acupuntor.

Portaria n.º 207-G/2014, de 8 de outubro - fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de especialista de medicina tradicional chinesa.

República. A 17 de dezembro de 2014 os deputados João Semedo e Helena Pinto do BE apresentam ao Governo a Pergunta 513/XII/4 a questionar para quando seriam publicadas “as portarias de regulamentação em falta da Lei N.º 71/2013”. As deputadas Paula Santos e Carla Cruz do PCP a 25 de fevereiro de 2015 enviam a Pergunta 1040/XII/4 ao Ministério da Saúde e a Pergunta 1041/XII/4 ao Ministério da Educação e da Ciência também a questionar para quando seriam publicadas as portarias que faltavam. Os deputados Elza Pais, Acácio Pinto, Agostinho Santa, Maria Gabriela Canavilhas e Odete João do PS a 20 de março de 2015 enviam ao Ministério da Educação e Ciência a Pergunta 1207/XII/4 a questionarem quando “se previa a publicação de todas as Portarias de regulamentação, em falta da Lei N.º 71/2013, da responsabilidade do Ministério da Educação e da Ciência”.

A 5 de junho de 2015 são publicadas em Diário da Assembleia da República cinco Portarias que regulamentam o ciclo de estudos da Fitoterapia, Acupuntura, Quiropraxia, Osteopatia e Naturopatia<sup>318</sup>, ficando por regulamentar os ciclos de estudos da Medicina Tradicional Chinesa e da Homeopatia. A Portaria que regula o ciclo de estudos da Medicina Tradicional Chinesa foi publicada em Diário da Assembleia da República somente em fevereiro de 2018. A Portaria que “regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado” em Homeopatia ainda não foi publicada até à data de hoje.

Os profissionais das TNC insurgiram-se contra este atraso legislativo, e organizando-se de forma estruturada e unida, reivindicam não só a regulamentação referente a estas duas Portarias e ao regime transitório para as instituições de ensino/formação das TNC, como também as pretensões iniciais que não foram atendidas com a aprovação da Lei N.º 71/2013. A isenção de IVA para o exercício da prática das TNC foi uma das pretensões mais acérrimas de alguns dos profissionais das TNC, tendo levado a que estes se unissem, e se organizassem para atingir um objetivo comum da classe e utilizassem diferentes estratégias de pressão sobre o poder político.

---

<sup>318</sup> Portaria n.º 172-B/2015, de 5 de junho - regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Fitoterapia.

Portaria n.º 172-C/2015, de 5 de junho - regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Acupuntura.

Portaria n.º 172-D/2015, de 5 de junho - regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Quiropraxia.

Portaria n.º 172-E/2015, de 5 de junho - regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Osteopatia.

Portaria n.º 172-F/2015, de 5 de junho - regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Naturopatia.



Os profissionais e associações das TNC enviaram cartas ao Ministro da Saúde a solicitar a Isenção de IVA, como é o caso da APPA – Associação Portuguesa de Profissionais e Acupuntura, Fitoterapia e Medicina Tradicional Chinesa<sup>319</sup> e da Sociedade Portuguesa de Medicina Chinesa<sup>320</sup>, apresentaram petição na Assembleia da República e queixa à Autoridade da Concorrência contra o Estado Português argumentando que existe uma distorção na concorrência provocada pela diferença de tratamento para com os médicos que praticam acupuntura e para os quais a sua atividade está isenta de IVA e os profissionais das TNC para os quais a sua atividade está sujeita a taxa normal de IVA<sup>321</sup>.

No dia 16 de junho de 2016 deu entrada na Assembleia da República a Petição N.º 126/XIII/1.ª – Pelo direito a uma Saúde sem IVA, apresentada por Pedro Choi Amélia Cordeiro, o primeiro peticionante, e outros, com 119755 assinaturas. A Petição N.º 126/XIII/1.ª foi, no entanto, arquivada, no dia 18-01-2017, “em razão da entrada em vigor da Lei N.º 1/2017, de 16 de janeiro, que dá integral satisfação à pretensão apresentada pelos peticionários ...”<sup>322</sup>. Sobre a matéria da Petição N.º 126/XIII/1.ª foram apresentadas na Assembleia Repúblicas, não só várias Perguntas pelos diversos Grupos Parlamentares como também várias iniciativas legislativas, tendo algumas delas dado, então origem à Lei N.º 1/2017, de 16 de janeiro.

Na sequência da pressão exercida pelos profissionais e associações de profissionais das TNC foram apresentadas na Assembleia da República várias Perguntas, Projetos de Resolução e Projetos-lei pelos Grupos Parlamentares.

Os Grupos Parlamentares do PAN, BE, PCP e PS apresentaram ao Governo várias Perguntas relativamente à isenção de IVA na prestação de cuidados de saúde na área das terapêuticas não convencionais. Nas respostas dadas a essas Perguntas há que salientar a resposta dada à Pergunta 1786/XIII/1 do Grupo Parlamentar do BE, pelo Ministério das Finanças. Nessa resposta é comunicado que o enquadramento legal das TNC, nomeadamente a Lei N.º 45/2003 e a Lei N.º 71/2013, não confere aos profissionais das TNC

---

<sup>319</sup> <https://appa-mtc.org/2020/02/01/comunicado/>

<sup>320</sup> <https://www.spmedicinachinesa.com/ficheiros/>

<sup>321</sup> Queixa apresentada pela Associação Portuguesa dos Profissionais de Acupuntura (APPA)

<sup>322</sup> Relatório Final – Of. N.º 38/COFMA/2017 recolhido no site

<https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePeticao.aspx?BID=12807>

*“uma equiparação a profissões paramédicas, nem às profissões de médicos e enfermeiros, requisito que se afigura necessário ao reconhecimento da isenção consignada na alínea c) do n.º 1 do artigo 132.º da Diretiva IVA e na alínea 1) do artigo 9.º do CIVA”.*

No dia 16 de setembro de 2016 deu entrada na mesa da Assembleia da República o Projeto de Resolução 465/XIII (2.ª) - *“Recomenda ao Governo que assegure a nulidade da interpretação feita pela Autoridade Tributária relativamente à cobrança retroactiva do IVA às prestações de serviços das Terapêuticas Não Convencionais regulamentadas pela Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro”*, do Grupo Parlamentar do CDS-PP que foi aprovado em reunião plenária no dia 23 de setembro de 2016. No dia 24 de outubro de 2016 o Projeto de Resolução é publicado no Diário da Assembleia da República e constitui-se na Resolução da Assembleia da República n.º 207/2016.

A 31 de março de 2017 deu entrada na mesa da Assembleia da República o Projeto de Resolução 783/XIII- *“Recomenda ao Governo que proceda à criação de um Código CAE específico para Terapêuticas não Convencionais (TNC)”* do Grupo Parlamentar do PAN, que após aprovação a 7 de abril de 2017 se constitui na Resolução da Assembleia da República N.º 85/2017 *“Recomenda ao Governo a criação de um código específico para as terapêuticas não convencionais no âmbito da Classificação Portuguesa das Atividades Económicas”*, publicada no Diário da Assembleia da República a 22 de maio de 2017.

Para além destes Projetos de Resolução deram entrada na mesa da Assembleia da República os seguintes Projetos de Lei referentes a esta matéria:

- O Projeto de Lei 252/XIII- *“Enquadra as Terapêuticas não Convencionais na Lei de Bases da Saúde, procedendo à terceira alteração à Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro e reforça a correta interpretação da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto e Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro”*- do Grupo Parlamentar o PAN que deu entrada na Assembleia da República no 2016-06-01 e foi rejeitado, na generalidade, com os votos contra do PSD e do PCP, votos a favor do BE, do CDS-PP e do PAN e abstenções do PS e de Os Verdes, na reunião plenária de 23-09-2016<sup>323</sup>;

---

<sup>323</sup> DAR I série N.º5/XIII/2 2016.09.24 (pág. 44-44)]

- O Projeto de Lei N.º 289/XIII – “*Clarifica a neutralidade fiscal em sede de terapêuticas não convencionais, através da primeira alteração à Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, do enquadramento base das terapêuticas não convencionais e à Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais*” – do Grupo Parlamentar PS , que deu entrada na Assembleia da República no 2016-07-18;

- O Projeto de Lei N.º 293/XIII – “*Altera o Código do IVA, com o intuito de isentar as prestações de serviços efetuadas no exercício das profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais*” – do Grupo Parlamentar do CDS-PP que deu entrada na Assembleia da República a 2016-07-22;

- e o Projeto de Lei N.º 301/XIII – “*Isenta de IVA a prestação de serviços no exercício das profissões terapêuticas não convencionais reconhecidas pela Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro*” – do Grupo Parlamentar do BE que deu entrada no 2016-09-16.

O Projeto de Lei N.º 289/XIII do Grupo Parlamentar do PS, o Projeto de Lei N.º 293/XIII do Grupo Parlamentar do CDS-PP e o Projeto de Lei N.º 301/XIII do Grupo Parlamentar do BE, que deram origem à Lei N.º 1/2017, de 16 de janeiro – “*Procede à primeira alteração à Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais*” - foram aprovados na generalidade, a 23 de setembro de 2016.

A Ordem dos Médicos, a Autoridade da Concorrência, a Ordem dos Farmacêuticos e Fernando Rocha Andrade Secretário de Estado dos Assuntos Fiscais, assim como diversas associações de profissionais das TNC foram ouvidos na discussão da especialidade dos Projetos-lei N.º 289/XIII, N.º 293/XIII e N.º 301/XIII, pelo Grupo de Trabalho - IVA nas terapêuticas não convencionais, na Comissão de Orçamento, Finanças e Modernização Administrativa da Assembleia da República.

A Autoridade da Concorrência manifesta-se a favor da aprovação do diploma legal relativo à isenção de IVA das prestações de serviços por profissionais das terapêuticas não convencionais, devido ser seu parecer, pelo menos no que se refere à Acupuntura, que a diferença de tratamento fiscal entre médicos e profissionais das TNC

praticantes de acupuntura “cria uma distorção da concorrência na medida em que aumenta os custos de um grupo de prestadores do serviço, colocando-os em desvantagem concorrencial”<sup>324</sup>. A Autoridade da Concorrência recomenda deste modo que seja promovida a

*“regulamentação do enquadramento fiscal a que estão sujeitas as prestações de serviços de acupuntura, de modo a assegurar a neutralidade da tributação destas prestações de serviços em sede de IVA, independentemente de as mesmas serem fornecidas por médicos, no âmbito das competências reconhecidas pela respetiva Ordem, ou por profissionais de TNC, nos termos da Lei n.º 71/2013, formalizando a classificação destes profissionais enquanto “outras profissões paramédicas” para efeitos da isenção concedida ao abrigo da alínea 1) do artigo 9.º do CIVA”.*

E no que se refere às restantes terapêuticas não convencionais regulamentadas “(...) nada obsta, em termos concorrenciais, a que seja adotada uma solução uniforme para todas as TNC, em matéria de equiparação a profissões paramédicas”<sup>325</sup>.

A Ordem dos Médicos manifesta-se contra a aprovação do diploma legal afirmando que “Isentar de IVA às TNCs enquanto o SNS e os doentes sofrem dramaticamente com o subfinanciamento do SNS, seria um ilogismo e uma contradição incompreensíveis”<sup>326</sup>. Para além disso a Ordem dos Médicos em resposta à Autoridade da Concorrência afirma que não se pode equiparar a acupuntura médica com a acupuntura praticada pelos profissionais das TNC uma vez que a acupuntura Médica está

*“...assente numa premissa que é prerrogativa exclusiva dos médicos, que é a realização de um diagnóstico médico, para o qual se preparam com a mais longa preparação de todas as profissões...”* e se baseia “em conceitos de anatomia e fisiologia convencionais, que são totalmente diferentes dos conceitos da Medicina Tradicional Chinesa, que parou no tempo, na qual é baseada a prática dos profissionais das TNCs”.

A Ordem dos Farmacêuticos revela discordar

---

<sup>324</sup> Recomendação da Autoridade da Concorrência relativa à tributação, em sede de IVA, das prestações de serviços de acupuntura por profissionais de terapias não convencionais e por médicos Recomendação da Autoridade da Concorrência relativa à tributação, em sede de IVA, das prestações de serviços de acupuntura por profissionais de terapias não convencionais e por médicos – documento retirado do site do Parlamento.

<sup>325</sup> Recomendação da Autoridade da Concorrência relativa à tributação, em sede de IVA, das prestações de serviços de acupuntura por profissionais de terapias não convencionais e por médicos - Documento retirado do site do Parlamento

<sup>326</sup> Documento relacionado com a audição da Ordem dos Médicos e recolhido no site do Parlamento

*“de uma legitimação das terapêuticas não convencionais em sede tributária, sem que estejam asseguradas, em primeira instância, todas as medidas para salvaguardar a saúde dos portugueses.» afirmando que não se pode equiparar os profissionais das TNC que na data careciam de formação académica superior ( em 2016 apenas existia uma licenciatura aprovada pela A3ES, a da osteopatia) aos profissionais de saúde “ com formação superior acreditada pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES), inscrição numa Ordem profissional e obrigações éticas e deontológicas consagradas na legislação portuguesa”<sup>327</sup> .*

Para além disso a Ordem dos Farmacêuticos na audição da discussão da especialidade dos Projetos-lei N.º 289/XIII, N.º 293/XIII e N.º 301/XIII, afirma que o processo de atribuição de cédulas profissionais aos profissionais de TNC revela falta de transparência, sendo necessário na sua opinião ser realizada uma auditoria.

No dia 27 de outubro de 2016, os Projetos-lei N.º 289/XIII do Grupo Parlamentar do PS, N.º 293/XIII do Grupo Parlamentar do CDS-PP e N.º 301/XIII do Grupo Parlamentar do BE foram aprovados na especialidade, na Comissão de Orçamento, Finanças e Modernização Administrativa.

O texto final, apresentado pela Comissão de Orçamento, Finanças e Modernização Administrativa, relativo aos três projetos de lei, foi a votação final global na reunião plenária de 27 de outubro de 2016, tendo sido aprovado com os votos a favor do PSD, do BE, do CDS-PP, de Os Verdes e do PAN, votos contra do PS e a abstenção do PCP. Este texto final constitui-se na Lei N.º 1/2017, de 16 de janeiro, que foi promulgada pelo Presidente da República a 22 de dezembro de 2016 e publicada em Diário da Assembleia da República a 16 de janeiro de 2017. Com a Lei N.º 1/2017, de 16 de janeiro, os profissionais das TNC deixaram de liquidar IVA nas suas prestações de serviços, passando a ser enquadrados como sujeitos passivos isentos (ou mistos), e a Autoridade Tributária devolveu o imposto cobrado em liquidação oficiosamente e anulou os contenciosos que mantinha com estes profissionais.

A aprovação deste diploma esteve envolvida nalguma polémica, nomeadamente o principal impulsionador dessa aprovação e segundo alguns o principal beneficiário, Pedro Choy foi motivo de notícia em vários Jornais Nacionais.

---

<sup>327</sup> <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/noticias/of-apresentou-posicao-sobre-terapeuticas-nao-convencionais/>

O Diário de Notícias, no dia 6 de novembro de 2016, online<sup>328</sup>, dá a notícia que o Parlamento aprovou

*“um projeto-lei que reduz de 23% a 0% o IVA que estava a ser cobrado aos profissionais das chamadas terapêuticas não convencionas», referindo que o principal beneficiado desta regulamentação “ será o médico Pedro Choy, dono de um pequeno império de 19 clínicas e dois centros de tratamento, que nasceu em Salvaterra e que cobre o país de norte a sul. (...) Choy teria contenciosos com a Autoridade Tributária (a AT) na ordem do meio milhão de euros. O próprio disse ao DN que o contencioso começou com uma inspeção fiscal, mas acrescentou que o valor não é meio milhão de euros mas sim "muitíssimo mais", embora sem saber dizer ao certo quanto ("não sou eu que trato disso"). Na mesma conversa acrescentaria mais tarde que o montante em causa equivaleria a 150% da faturação de um ano no seu grupo empresarial”.*

A notícia informa que os profissionais das TNC com diploma aprovado não só deixarão de pagar o IVA como a Autoridade Tributária terá de lhes devolver o imposto erradamente cobrado. A deputada do PS Jamila Madeira, em declarações a este Jornal, refere que foi por esse motivo que o PS votou contra, pois a nova lei segundo a própria é *“Um perdão fiscal, é o que significa”*.

Também o Jornal Económico, online, de 4 de novembro de 2016<sup>329</sup>, e o Jornal Público Online, de 4 de novembro de 2016<sup>330</sup>, apresentam esta notícia. O Jornal Económico para além de fazer referência ao diploma legal aprovado e do que tal significa para os profissionais das TNC, faz referência à notícia do DN relativa a Pedro Choy.

O Jornal Público, online, do dia 4 de novembro de 2016, relata também que Pedro Choy é o principal beneficiário deste diploma legal e fazendo referência à notícia dada pelo Diário de Notícias refere que de

*“acordo com o DN, que identifica Pedro Choy como antigo dirigente nacional do Bloco de Esquerda, o que o BE contesta, argumentando que a sua colaboração com o partido foi “sempre no plano concelhio”, o médico tem contenciosos com a Autoridade Tributária de pelo menos meio milhão de euros. Com esta medida, as verbas em dívida já não lhe serão cobradas”.*

---

<sup>328</sup> <https://www.dn.pt/portugal/terapeuticas-nao-convencionais-isentas-de-iva-e-com-efeito-retroactivo-5479066.html>

<sup>329</sup> <https://jornaleconomico.sapo.pt/noticias/ex-dirigente-do-be-beneficiado-perdao-fiscal-86006>

<sup>330</sup> <https://www.publico.pt/2016/11/04/sociedade/noticia/isencao-de-iva-para-medicinas-nao-convencionais-tem-efeitos-retroactivos-1749925>

A regulamentação das Portarias referentes aos ciclos de estudo de Medicina Tradicional Chinesa e Homeopatia foi temática de algumas Perguntas apresentadas na Assembleia da República pelos Grupos Parlamentares. A análise a essas Perguntas e às respetivas respostas dadas pelo Governo permite em parte compreender o atraso desta regulamentação. As Perguntas apresentadas na Mesa da Assembleia da República referentes à fixação de requisitos dos ciclos de estudos de Medicina Tradicional Chinesa e Homeopatia são as seguintes:

- Pergunta 147/XIII/1 enviada a 18-12.2015, pelos deputados Moisés Ferreira e Luís Monteiro do BE, ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, a questionar relativamente à regulamentação dos ciclos de estudos da Medicina Tradicional Chinesa e Homeopatia;

- Pergunta 661/XIII/1 enviada a 2016-02-15 pelos deputados Carla Cruz, João Ramos e Ana Virgínia Pereira do PCP ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, a questionar o motivo pelo qual as Portarias referentes aos ciclos de estudo da Homeopatia e da Medicina Tradicional Chinesa ainda não foram publicadas e para quando se previa a sua publicação;

- Pergunta 662/XIII/1 enviada a 2016-02-15 pelos deputados Carla Cruz e João Ramos do PCP ao Ministério da Saúde, a questionar o motivo pelo qual as Portarias referentes aos ciclos de estudo da Homeopatia e da Medicina Tradicional Chinesa ainda não foram publicadas e para quando se previa a sua publicação;

- Pergunta 691/XIII/1 enviada a 2016-02-22 pelos deputados Moisés Ferreira e Luís Monteiro do BE ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior a questionar quando seriam publicadas as Portarias relativas aos ciclos de estudos da Homeopatia e da Medicina Tradicional Chinesa;

- Pergunta 4737/XIII/2 enviada a 2017-07-13 pelos deputados Carla Cruz, Paula Santos e João Ramos do PCP ao Ministério da Saúde a questionar, entre outros assuntos, para quando estava previsto a publicação das Portarias referentes aos ciclos de estudo da Homeopatia e da Medicina Tradicional Chinesa;

- Pergunta 4738/XIII/2 enviada a 2017-07-13 pelos deputados Carla Cruz, Paula Santos e João Ramos do PCP ao Ministério da Educação a colocar as questões realizadas na Pergunta 4737/XIII/2;

- Pergunta 4739/XIII/2 enviada a 2017-07-13 pelos deputados Carla Cruz, Paula Santos e João Ramos do PCP ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior a colocar as questões realizadas na Pergunta 4737/XIII/2;

- Pergunta 1178/XIII/3 enviada a 2018-02-20 pelo deputado André Silva do PAN ao Ministério da Educação a questionar para quando estava prevista a publicação das Portarias referentes ao ciclo de estudos da Homeopatia e da Medicina Tradicional Chinesa e o motivo para este atraso.

Nas respostas dadas pelo Governo a estas Perguntas apresentadas na Assembleia da República há que salientar a resposta dada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior em 5 de fevereiro de 2016 à Pergunta 147/XIII/1. Nesta é referido que o Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, uma das entidade a quem foi pedido pronuncia relativamente aos projetos de regulamentação dos requisitos dos ciclos de estudos das TNC, propôs que a formação em Medicina Tradicional Chinesa fosse ministrada no âmbito do ensino universitário, tendo nessa sequência sido solicitado ao Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas que em articulação com o Conselho das Escolas Médicas Portuguesas elaborasse um parecer que contivesse os seguintes aspetos:

*“- Os fundamentos detalhados da proposta de enquadramento do ensino da Medicina Tradicional Chinesa no âmbito do ensino universitário;*

*- Uma apreciação conclusiva dos requisitos fixados para o curso no projeto de portaria já elaborado, designadamente no que se refere à sua duração e ao conteúdo e número de créditos de cada componente de formação”.*

No que diz respeito à Homeopatia tendo em atenção que a Lei N.º 73/2013, de 2 de setembro, recomenda que a definição dos requisitos para o ciclo de estudos deve ter em consideração os termos de referência da Organização Mundial de Saúde para a profissão de Homeopata, o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior solicitou ao Ministério da Saúde que requeresse junto da Organização Mundial de Saúde esses mesmos termos.

Por último há que salientar que na resposta dada, em 27-03-2018, à Pergunta 1178/XIII/3, pelo Ministério da Saúde, é referido que os ciclos de estudos de Homeopatia e de Medicina Tradicional Chinesa envolveram outros fatores que levaram a que estas não fossem regulamentadas na data em que o foram as outras TNC.



Contudo o atraso na regulamentação dos ciclos de estudos referente à Medicina Tradicional Chinesa e Homeopatia pode ser explicado talvez pelas crenças profissionais e pessoais, relativamente a estas duas TNC, dos profissionais que tiveram um papel preponderante na definição das normas reguladoras destas práticas de saúde, designadamente desempenharam em função do cargo público ocupado no Ministério de Saúde o papel de legislador das TNC. Tal é o caso de Fernando Leal da Costa, médico, especialista de hematologia clínica e de oncologia, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde entre 2011 e 2015, que não só assinou e subscreveu, como foi um dos autores da proposta de Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro. Fernando Leal da Costa num artigo online do Jornal “Observador”, de 28 de agosto de 2018, afirma relativamente à Medicina Tradicional Chinesa que esta

*“... não fazia parte da proposta do Ministério da Saúde por ser nosso entendimento que não se deveria regular sobre uma “outra” medicina e porque os procedimentos usados na MTC já estariam todos abrangidos nas terapêuticas elencadas em 2003”.*

No que diz respeito à Homeopatia nesse mesmo artigo sublinha que esta terapêutica apresenta não só falta de evidência científica, como se baseia em “...pressupostos físico-químicos absurdos”.

A 9 de fevereiro de 2018 é publicada em Diário da Assembleia da República a Portaria n.º 45/2018 de 9 de fevereiro, assinada pelos Ministros da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e da Saúde, que “regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Medicina Tradicional Chinesa”<sup>331</sup>.

A publicação desta Portaria foi motivo de fervorosa contestação por parte da Ordem dos Médicos. A Ordem dos Médicos num comunicado<sup>332</sup>, em 14 de fevereiro de 2018, refere que em defesa da saúde pública e dos direitos dos cidadãos, manifesta a sua oposição relativamente a esta regulamentação. A Ordem dos Médicos por um lado afirma que esta terapêutica não tem base científica comprovada, constituindo um perigo para a saúde dos cidadãos na medida que poderá ser motivo de “atrasos em diagnósticos e tratamentos de situações potencialmente graves que, assim, continuarão a evoluir”. Por outro lado, numa crítica ao diploma aprovado, que refere ter sido aprovado numa

---

<sup>331</sup> Diário da República, 1.ª série — N.º 29 — 9 de fevereiro de 2018

<sup>332</sup> <https://ordemdosmedicos.pt/validade-cientifica-outorgada-por-portaria-ameaca-a-saude-dos-cidadaos/>

concessão do “legislador aos interesses comerciais e publicitários”, afirma que as “práticas ou terapêuticas tradicionais chinesas não constituem prática médica” pelo motivo de estas não terem resultados comprovados cientificamente e os seus profissionais, ao contrário dos médicos que têm uma

*“formação universitária de 12 semestres curriculares correspondente a 360 unidades de crédito, seguida de uma formação pós-graduada que em algumas especialidades, pode ter a duração de 7 anos, vão ter apenas um ciclo de estudos com formação de 8 semestres curriculares em terapêuticas que não têm fundamentação científica comprovada”.*

A Ordem dos Médicos afirma que a designação Medicina Tradicional Chinesa pode levar a equívocos pois é designar uma prática que não o é por Medicina e a aprovação da Portaria significa legitimar cientificamente licenciaturas em práticas de saúde que não têm a devida fundamentação científica, provocando um aumento incalculável “na publicidade enganosa e na pseudociência” e danos nos doentes.

Para além disso faz uma crítica velada aos Ministros da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e da Saúde, referindo que esta decisão dos Ministros

*“pode colocar em causa as relações institucionais entre a Ordem dos Médicos e o Governo e reforça de forma definitiva a desastrosa política de saúde que tem sido implementada nos últimos anos, com prejuízo grave para os doentes e para todos os profissionais de saúde que têm por formação e agem com base em conhecimentos fundados na evidência científica”<sup>333</sup>.*

Na data da publicação da Portaria do Ciclo de estudos da Medicina Tradicional Chinesa o parecer da Ordem dos Médicos foi notícia em vários periódicos nacionais, tais como o Expresso ou o Público.

Os Ministros da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e da Saúde num artigo online do Jornal “Público” respondem às críticas da Ordem dos Médicos afirmando estarem apenas a cumprir a lei. O Ministro da Saúde afirma

*“Não faz nenhum sentido agitar a ideia de insegurança dos portugueses apenas e só porque o Estado está a cumprir uma lei da Assembleia da República aprovada sem*

---

<sup>333</sup> <https://ordendosmedicos.pt/validade-cientifica-outorgada-por-portaria-ameaca-a-saude-dos-cidadaos/>

votos contra em 2013 e que tinha sido aprovada por unanimidade em 2003", disse o ministro da Saúde".<sup>334</sup>

O presidente do Conselho Europeu das Ordens dos Médicos (CEOM), o médico português José Santos, num artigo do Diário de Notícias<sup>335</sup> revela defender uma posição semelhante à da Ordem dos Médicos no que se refere à aprovação deste diploma legal. Para este médico a criação de uma licenciatura na área da Medicina Tradicional Chinesa que não apresenta fundamentação científica "pode prejudicar seriamente a saúde pública".

Segundo o presidente do CEOM, não existe nenhum país europeu que tenha o grau académico de licenciatura em Medicina Tradicional Chinesa, nomeadamente a

*"Alemanha, Itália, França, Bélgica, Reino Unido, Roménia, Luxemburgo, Suíça ou Grécia". A Áustria tem apenas uma pós-graduação em medicina chinesa que estabelece como requisito aos candidatos estes serem "médicos, médicos dentistas, médicos veterinários, farmacêuticos, licenciados em ciências ou pessoas com pelo menos dois anos de formação num centro europeu de reconhecida experiência em terapêuticas alternativas".*

A APAMTC em artigo online no Jornal Expresso responde ao presidente do CEOM, afirmando que Portugal não é o único país com licenciatura em Medicina Tradicional Chinesa,

*"esta existe também no Reino-Unido, na Universidade de Westminster e na Universidade de South Bank. Noutros países da Europa, como é o caso da Suíça, da Alemanha (onde existe um hospital de MTC), da Irlanda e da Holanda, existem cursos de Medicina Chinesa equiparáveis a licenciaturas cuja formação é validada por entidades que regulam o acesso à prática da Acupuntura e da Medicina Tradicional Chinesa"*<sup>336</sup>.

A Presidente da Sociedade Portuguesa Médica de Acupuntura (SPMA), Helena Ferreira é de opinião que a Medicina Tradicional Chinesa é a terapêutica mais perigosa das 7 que foram regulamentadas devido a sua prática ser baseada essencialmente na fitoterapia. Segundo Helena Ferreira

---

<sup>334</sup> <https://www.publico.pt/2018/02/14/sociedade/noticia/ministros-da-saude-e-do-ensino-superior-dizem-estar-a-cumprir-a-lei-sobre-medicina-chinesa-1803069>

<sup>335</sup> <https://www.dn.pt/portugal/portugal-arrisca-se-a-ser-unico-pais-europeu-com-licenciatura-em-medicina-chinesa-9147265.html>

<sup>336</sup> <https://expresso.pt/direito-de-resposta/2018-03-06-Direito-de-Retificacao>

*“Os chamados ‘produtos de medicina tradicional chinesa’, não passam por controlo de qualidade, apresentando problemas graves de segurança. Estão no mercado como suplementos alimentares, pelo que não têm de conter informação sobre efeitos adversos, contraindicações e interações medicamentosas”<sup>337</sup>.*

Pedro Choy diverge destas afirmações e refere que as plantas

*“Têm de ser preparadas em laboratórios farmacêuticos autorizados, é feito o controlo para a presença de metais pesados e pesticidas”, O acupuntor e fitoterapeuta acrescenta que só recomenda produtos de laboratórios que não usam plantas que demonstraram interagir com medicamentos convencionais”<sup>338</sup>.*

Para além disso numa entrevista ao canal de televisão RTP Pedro Choy rebate a posição da Ordem dos Médicos afirmando

*“A Ordem dos Médicos precisa de entender que a saúde não é propriedade da Ordem dos Médicos, é propriedade do cidadão. E este governo não fez mais que do que regulamentar uma lei que é da Assembleia da República... Se este governo conseguiu parabéns, fizeram muito bem, até porque o que está em causa é uma questão de saúde pública”.*

António Moreira membro da direção da Sociedade Portuguesa da Medicina Chinesa (SPMC), num artigo do Diário de Notícias<sup>339</sup>, responde também a esta posição da Ordem dos Médicos, afirmando que esta é uma posição sectária em defesa do corporativismo da classe profissional dos médicos e não uma posição científica. Para além disso refere que esta não é a posição partilhada por todos os médicos, existindo médicos inclusive que enviam pacientes para Medicina Tradicional Chinesa ou que recorrem eles próprios a esta terapêutica enquanto pacientes.

Constatamos que a classe médica se opôs firmemente à regulamentação da Medicina Tradicional Chinesa, tendo como principal argumento de oposição a falta de fundamentação científica desta prática de saúde.

A publicação da Portaria n.º 45/2018 de 9 de fevereiro não se traduziu na imediata acreditação de ciclos de estudos em Medicina Tradicional Chinesa, como já referido, na

---

<sup>337</sup> <https://observador.pt/especiais/medicina-tradicional-chinesa-uma-opcao-segura-ou-um-risco-para-a-saude/>

<sup>338</sup> <https://observador.pt/especiais/medicina-tradicional-chinesa-uma-opcao-segura-ou-um-risco-para-a-saude/>

<sup>339</sup> Sociedade de Medicina Chinesa acusa Ordem dos Médicos de sectarismo - DN

<https://www.dn.pt/portugal/posicao-da-ordem-medicos-e-sectaria-e-nada-tem-que-ver-com-ciencia---soc-medicina-chinesa-9117104.html>

data de realização deste estudo, não existia nenhum ciclo de estudos acreditado em Medicina Tradicional Chinesa.

Nuno Lemos, reconhecido terapeuta das TNC em Portugal, licenciado em Medicina Tradicional Chinesa pela Universidade de Nanjing e pela Escola de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa (ESMTC), num artigo de opinião<sup>340</sup> publicado num site da internet dirigido por ele próprio, apresenta um parecer relativamente à Portaria n.º 45/2018 de 9 de fevereiro, objeto talvez de alguma controvérsia no seio dos próprios profissionais das TNC, que demonstra as diferentes perspetivas teóricas e práticas existentes entre os terapeutas de Medicina Tradicional Chinesa que se revelam obstáculos neste processo de regulamentação da profissão de terapeuta de Medicina Tradicional Chinesa. O artigo que consiste numa reflexão relativamente à implementação da licenciatura de Medicina Tradicional Chinesa, identifica quais os problemas que se colocam atualmente como obstáculo para a concretização da Portaria n.º 45/2018 de 9 de fevereiro. Nuno Lemos refere que um dos problemas da “aplicação científica do ciclo de estudos da medicina chinesa” é “uma terminologia demasiadamente esotérica que claramente se incompatibiliza com as exigências de rigor científico dos politécnicos e universidades...”. Outro problema, não menos pertinente, é a inexistência de profissionais de medicina chinesa que tenham mestrado ou doutoramento que possam ser docentes no ensino superior. Uma licenciatura de medicina chinesa “em moldes que sejam cientificamente sustentáveis” necessita que haja “profissionais com boa formação científica, com experiência clínica devidamente fundamentada em análises clínicas objetivas”. Para este terapeuta, de Medicina Tradicional Chinesa, as medicinas tradicionais são importantes pelo conhecimento adquirido ao longo dos séculos, essencialmente em termos farmacológicos,

*“mas falta-lhes claramente a componente científica” e apresentam “... um enquadramento demasiadamente filosófico e com ideias claramente pré-científicas”, sendo deste modo necessário promover*

*“uma elevada formação científica, especialmente em áreas relevantes: anatomia palpatória, biomecânica, neurofisiologia são claramente relevantes para a acupuntura e osteopatia. Química, bioquímica, fisiopatologia, biologia celular, técnicas laboratoriais,*

---

<sup>340</sup><https://nunolemos.com.pt/licenciatura-de-medicina-chinesa/>

*interações farmacocinéticas, etc... são áreas relevantes no estudo pré-clínico e clínico de fitoterapia”.*

A falta de profissionais das TNC com doutoramento, mestrado ou licenciatura é uma problemática que se reveste de complexa importância ao impedir por um lado que as instituições de ensino das TNC reúnam condições científicas e pedagógicas estruturadas que lhes permitam lecionar um ensino de nível superior ou universitário e por outro lado ao impossibilitar que estas instituições de ensino das TNC se adaptem ao regime jurídico do ensino superior não lhes permitindo conceder aos seus alunos o grau académico de licenciatura que lhes daria a oportunidade de aceder à cédula profissional.

Os profissionais das TNC com a regulamentação da Portaria n.º 45/2018, de 9 de fevereiro, apesar das dificuldades que esta acarreta para a sua efetiva concretização prática, conseguiram mais uma conquista na sua batalha. Contudo ainda se encontra por regulamentar, para além dos requisitos de fixação do ciclo de estudos de Homeopatia, que até a data ainda não foram regulamentados, uma questão fundamental para os profissionais das TNC o número 6 do artigo 19.º da Lei N.º 71/2013

*“as instituições de formação/ensino não superior que, à data da entrada em vigor da presente lei, se encontrem legalmente constituídas e a promover formação/ensino na área das terapêuticas não convencionais legalmente reconhecidas, dispõem de um período não superior a cinco anos para efeitos de adaptação ao regime jurídico das instituições de ensino superior, nos termos a regulamentar pelo Governo em legislação especial”.*

As instituições de ensino/formação das Terapêuticas Não Convencionais, que efetivamente se intitulavam inicialmente como instituições de ensino superior apesar de não estarem reconhecidas oficialmente como tal, continuaram a lecionar e a formar futuros profissionais das TNC após entrar em vigor a Lei 71/2013 que exigia como requisito obrigatório, para obtenção de cédula profissional nas áreas das TNC regulamentadas, que o terapeuta possui-se o grau de licenciatura. A Portaria n.º 182-B/2014, de 12 de setembro que aprova “as regras a aplicar no requerimento e emissão da cédula profissional para o exercício das profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais” contempla a existência de uma cédula profissional provisória que pode ser requerida pelos profissionais das TNC que exerçam atividade em alguma das terapêuticas não convencionais regulamentadas, mas não tenham o grau de licenciatura. As instituições de ensino das TNC, formalmente diremos nós ilegais, continuaram a lecionar cursos, até à atualidade, tanto nas áreas das TNC regulamentadas, como noutras,

tais como terapia sacro craniana, reflexologia e astrologia chinesa, cobrando valores consideráveis de propinas, designadamente o “Curso Geral de Naturopatia e Ciências Tradicionais Holísticas” no Instituto de Medicina Tradicional tem um custo anual de 10.105,00 €<sup>341</sup> (dez mil e cento e cinco euros), o curso de “Medicina Tradicional Chinesa” na Escola de Medicina Tradicional Chinesa<sup>342</sup> tem o custo anual de 3552,00 €<sup>343</sup> (três mil e quinhentos e cinquenta e dois euros), e o curso de “Medicina Tradicional Chinesa” na UMC<sup>344</sup>, em regime online, tem o custo anual de 1910,00 €<sup>345</sup> (mil e novecentos e dez euros). Os alunos que concluíram cursos nas Terapêuticas Não Convencionais regulamentadas nas instituições de ensino/formação das TNC após a entrada em vigor da Lei N.º 71/2013, não tendo o grau de licenciatura e nem experiência profissional não podiam requerer cédula profissional. Para além disso coloca-se a questão se estas instituições de ensino/formação das TNC, tendo passado o período estipulado na Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro, de adaptação ao “regime jurídico das instituições de ensino superior, nos termos a regulamentar pelo Governo em legislação especial”, tal como mencionado no número 6 do artigo 19.º da referida Lei, não se encontram em situação ilegal. As instituições de ensino/formação das TNC têm, contudo, argumentado que o governo não regulamentou, em legislação especial, os termos nos quais deve ser realizada essa adaptação.

Estas questões foram motivo de contestação por parte de grande parte dos profissionais, associações e escolas das terapêuticas não convencionais, que apresentando perspectiva pedagógica oposta à do terapeuta Nuno Lemos, se manifestaram publicamente organizando inúmeras manifestações, realizando pressão junto da opinião pública tentando conseguir o seu apoio, organizando campanhas nas redes sociais e apresentando na Assembleia da República várias petições, solicitando alteração da lei.

A 26 de janeiro de 2017 deu entrada na Mesa da Assembleia da República a Petição N.º 248/XIII/2 – “Solicitam a intervenção da AR para a prorrogação do prazo para aplicação do Regime Transitório de Atribuição das Cédulas Profissionais, nas profissões das TNC, tanto para profissionais que iniciaram a sua atividade profissional após a

---

<sup>341</sup><https://imt.pt/produto/curso-geral-de-naturopatia-e-ciencias-tradicionais-holisticas/>

<sup>342</sup> Esta instituição anteriormente era designada de Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa

<sup>343</sup> [https://www.unc.pt/images/cursos/CBL/2020/SI-CMTCBL\\_2020-2021\\_v02\\_0620.pdf](https://www.unc.pt/images/cursos/CBL/2020/SI-CMTCBL_2020-2021_v02_0620.pdf)

<sup>344</sup> Presentemente a instituição de ensino de Pedro CHOY apenas é designada de UMC no seu site no entanto anteriormente era Universidade de Medicina Chinesa

entrada em vigor da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, aplicando-se as mesmas regras previstas na Portaria 18/2014, de 12 de setembro, bem como para os alunos que frequentam e terminam as suas formações.” – entregue pela UE - União dos Estudantes das Terapêuticas Não Convencionais<sup>346</sup>, 1.º peticionante e o Movimento Cívico das TNC<sup>347</sup> e o apoio da Associação Europeia de Profissionais de Saúde Natural (APSANA), que apresentava 14294 assinaturas.

Esta Petição tinha como objetivo sensibilizar os Grupos Parlamentares para a necessidade de regularizar legalmente a situação dos alunos que ainda frequentavam na data da apresentação da Petição formação profissional nas instituições legalmente constituídas a lecionar na área das TNC, dos alunos que concluíram a formação profissional na área das TNC após a entrada em vigor da Lei N.º71/2013, e dos profissionais das TNC que iniciaram atividade após a entrada em vigor da Lei N.º71/2013, de 2 de setembro, - nomeadamente solicitavam que lhes fossem aplicadas as mesmas regras previstas na Portaria 181/2014 de 12 de setembro, até a existência de licenciados nas áreas das TNS. Todos estes alunos e profissionais na falta da regulamentação se encontravam em situação ilegal uma vez que não podiam aceder à Cédula Profissional emitida pela ACSS.

A 11 de maio de 2017, tendo em atenção que sempre que uma petição tenha subscritos mais de 1000 cidadãos é obrigatório a sua audição, foi realizada audição aos peticionantes no âmbito da Comissão de Saúde. Posteriormente tendo em atenção que também cumpria os requisitos legais, designadamente tinha sido assinada por 14294 assinantes, foi a apreciação no Plenário da Assembleia da República.

A 4 de abril de 2017, no seguimento da Petição N.º 248/XIII/2, a UE - União dos Estudantes das Terapêuticas Não Convencionais e o Movimento Cívico das Terapêuticas Não Convencionais organizam uma manifestação em Lisboa a reivindicar alterações à Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro e acesso a cédulas profissionais das TNC. Pedro

---

<sup>346</sup> UE - União dos Estudantes das Terapêuticas Não Convencionais “*é um grupo de estudantes de diferentes escolas legalmente constituídas que lecionam TNC que se uniram de forma espontânea porque estão muito preocupados com a regulamentação da Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro, em tempo legal e, consequentemente, com a errada interpretação, que alguns órgãos da Administração estão a fazer (nomeadamente a ACSS) do regime transitório da Lei, no que se refere à atribuição das CP*” - Petição N.º 248/XIII/2

<sup>347</sup> Movimento Cívico das TNC para a Regulamentação Transitória das Cédulas Profissionais foi fundado por profissionais, alunos e famílias com o objetivo de sensibilizar “*a população, os órgãos de soberania e as entidades com competência para decidir sobre esta matéria para a necessidade de intervenção urgente na solução desta situação, de forma a serem tuteladas as legítimas expectativas de todos os intervenientes profissionais, alunos e famílias*”. - Petição N.º 248/XIII/2



Choy, foi um dos elementos da delegação que foi recebida na Assembleia da República para entregar o manifesto que reivindicava igualdade de acesso às Cédulas Profissionais para os PÓS 2013<sup>348</sup>. Esta manifestação que contou com a presença de algumas centenas de estudantes e profissionais das TNC teve visibilidade nacional ao ter sido motivo de notícia de alguns jornais nacionais e canais televisivos, designadamente da RTP<sup>349</sup>, do Jornal online “Observador”<sup>350</sup> e do Jornal online “Esquerda”<sup>351</sup>.

As manifestações dos alunos e profissionais das TNC, a pressão exercida publicamente por estes profissionais, das mais diversas formas, teve repercussões junto dos Grupos Parlamentares, tendo sido realizadas várias iniciativas parlamentares relativamente à emissão das cédulas profissionais aos Pós 2013 e ao número 6 do artigo 19.º da Lei 71/2013, de 2 de setembro.

Os diferentes Grupos Parlamentares desde 2016 até 2018, realizaram as seguintes Perguntas ao Governo:

- Pergunta 388/XIII/1 enviada a 2016-01-21, pelos deputados Ana Rita Bessa, Abel Baptista e Isabel Galriça Neto do CDS-PP ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior a questionar o seu entendimento relativamente à Lei N. 71/2013 no que diz respeito ao preceito que remete para o Governo regulamentar em legislação especial os termos em que as instituições de formação/ensino não superior das TNC, legalmente reconhecidas, se adaptam ao regime jurídico das instituições de ensino superior, e se é pretensão do Governo, regulamentar em legislação especial esta matéria;

- Pergunta 1250/XIII/1 enviada a 2016-04-06 pelo deputado Luís Monteiro do BE ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior a questionar de que forma pretendem ultrapassar a injustiça resultante da aplicação do Decreto-lei N.º 74/2006, de 24 de março alterado pelo Decreto-lei N.º 115/2013 de 7 de agosto, às Terapêuticas Não Convencionais. Este quadro legal que estabelece que “no âmbito das instituições de ensino superior politécnico (...) no conjunto dos docentes (...) pelo menos 35% devem ser detentores do título de especialista” e institui como “especialistas de reconhecida

---

<sup>348</sup> Nome utilizado pelos profissionais, alunos e associações para designar os profissionais que à data de saída da Lei 71/2013, de 2 de setembro, ainda não estavam a exercer.

<sup>349</sup> [https://www.rtp.pt/noticias/pais/manifestacao-em-nome-das-medicinas-alternativas\\_v993209](https://www.rtp.pt/noticias/pais/manifestacao-em-nome-das-medicinas-alternativas_v993209)

<sup>350</sup> <https://observador.pt/2017/04/04/alunos-e-profissionais-das-terapias-alternativas-manifestam-se-pelo-direito-a-exercer-legalmente/>

<sup>351</sup> <https://www.esquerda.net/artigo/manifestacao-pelas-cedulas-profissionais-nas-terapias-nao-convencionais/47969>

experiência e competência profissional” os profissionais detentores de uma das seguintes condições:

*“Ser detentor do título de especialista conferido nos termos do disposto no Decreto-Lei n.º 206/2009, de 31 de agosto; ii) Ser detentor de um grau académico e possuir, no mínimo, 10 anos de experiência profissional, com exercício efetivo durante, pelo menos, cinco anos nos últimos 10, e um currículo profissional de qualidade e relevância comprovadas, devidamente confirmado e aceite pelo órgão científico ou técnico-científico do estabelecimento de ensino superior; iii) Ser considerado como tal pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior no âmbito do processo de acreditação de ciclos de estudos, mesmo não cumprindo todos os requisitos definidos na subalínea anterior”<sup>352</sup>*

não pode ser aplicado às Terapêuticas Não Convencionais. Isto porque segundo o próprio deputado

*“na ausência de uma tradição académica superior no seu ensino e a conseqüente falta de experiência acumulada de acreditação e avaliação tornam imediatamente impraticável a aplicação daquelas normas, pois muitos dos especialistas nas TNC não apresentam grau académico, o que, automaticamente, remete para a A3ES a possibilidade de considerar ou não o candidato como especialista, precisamente numa área onde a própria A3ES não possui a massa crítica mínima para essa avaliação”<sup>353</sup>.*

Face a isto o deputado do Grupo Parlamentar do BE questiona o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior sobre a possibilidade de alterar a Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro, designadamente de introduzir uma norma transitória que

*“permita considerar “especialista de reconhecida experiência e competência profissional” a pessoa que obtiver cédula profissional emitida pela Administração Central do Sistema de Saúde I.P, bem como aquela que como tal for considerada pelo órgão técnico-científico da instituição de ensino superior , devidamente autorizada nos termos da lei, onde se ministre ensino conferente de grau na área de estudo da Saúde (Código 72 da Classificação Nacional das Áreas de Educação e Formação, nos termos da Portaria n.º256/2005, de 16 de março)”<sup>354</sup>.*

---

<sup>352</sup> Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto

<sup>353</sup> Pergunta 1250/XIII/1 enviada a 2016-04-06

<sup>354</sup> Pergunta 1250/XIII/1 enviada a 2016-04-06

- Pergunta 3281/XIII/2 enviada a 2017-02-16 pelas deputadas Patrícia Fonseca e Ana Rita Bessa do CDS-PP ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, a questionar quando seria regulamentada a norma prevista no número 6 do artigo 19.º da Lei N.º 71/2013 , de 2 de setembro, referente aos termos segundo os quais as instituições de formação/ensino não superior das TNC, já existentes na data de entrada em vigor da Lei n.º 71/2013, se adaptariam ao regime jurídico das instituições de ensino superior e se estava previsto o alargamento do prazo previsto para adaptação das escolas das TNC;
- Pergunta 3804/XIII/2 enviada a 2017-04-05 pelas deputadas Patrícia Fonseca e Ana Rita Bessa do CDS-PP ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, a realizar a mesma questão colocada na Pergunta 3281/XIII/2, no que se refere ao número 6 do artigo 19.º da Lei N.º 71/2013;
- Pergunta 4299/XIII/2 enviada a 2017-05-23 pelas deputadas Patrícia Fonseca e Ana Rita Bessa do CDS-PP ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior a colocar a mesma questão realizada nas Perguntas 3804/XIII/2 e 3281/XIII/2;
- Pergunta 4737/XIII/2 enviada a 2017-07-13 pelos deputados Carla Cruz, Paula Santos e João Ramos do PCP ao Ministério da Saúde a questionar como o Governo pretende concretizar o estipulado no número 1 e 6 do artigo 19.º da Lei N.º 71/2013 referente ao regime transitório para emissão de cédulas profissionais e ao regime transitório para adaptação das escolas de formação/ensino das TNC ao regime jurídico do ensino superior e se o Governo pretendia legalmente solucionar a questão dos profissionais das TNC formados depois do ano de 2013 (após entrada em vigor da Lei N.º 71/2013), isto é possibilitar-lhes a emissão de cédula profissional;
- Pergunta 4738/XIII/2 enviada a 2017-07-13 pelos deputados Carla Cruz, Paula Santos e João Ramos do PCP ao Ministério da Educação a colocar as questões realizadas na Pergunta 4737/XIII/2;
- Pergunta 4739/XIII/2 enviada a 2017-07-13 pelos deputados Carla Cruz, Paula Santos e João Ramos do PCP ao Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior a colocar as questões realizadas na Pergunta 4737/XIII/2;
- Pergunta 1178/XIII/3 enviada a 2018-02-20 pelo deputado André Silva do PAN ao Ministério da Educação a questionar quando estava prevista a publicação da legislação

especial prevista no número 6 do artigo 19.º da Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro, referente ao regime transitório das escolas de formação/ensino das TNC.

Nestas Perguntas destacamos a Pergunta N.º 1250/XIII/1 realizada pelo Grupo Parlamentar do BE na qual se verifica que este partido político manifestava total consonância com os interesses das escolas de ensino/formação das TNC. O Partido do BE revela ser um forte aliado dos profissionais das TNC. O Governo respondeu a algumas destas Perguntas e a análise destas respostas permite compreender em parte o atraso da regulamentação das TNC. O Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior em 5 de fevereiro de 2016 na resposta à Pergunta 147/XIII/1<sup>355</sup>, refere que as escolas de formação/ensino não superior das TNC ou “cessam a sua atividade ou se transformam em instituições de ensino superior”. A legislação especial, referente aos termos em como as escolas de formação/ensino não superior das TNC se devem adaptar ao regime jurídico das instituições de ensino superior, que deve ser regulamentada de acordo com o número 6 do artigo 19.º da Lei N.º 71/2013, segundo o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior encontrava-se a ser elaborada em conjunto pela Direção-Geral do Ensino Superior e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e em articulação com a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior.

Na resposta à Pergunta 388/XIII/1 enviada a 2016-02-05<sup>356</sup>, constatamos que no entender do Governo, designadamente do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, independentemente da aprovação e publicação da regulamentação da legislação especial em matéria do regime transitório das escolas de formação/ensino não superior das TNC, estas deviam a partir da data em que a Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro entrou em vigor cumprir com os preceitos legais estabelecidos nesse mesmo regulamento legal, nomeadamente segundo a resposta dada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, as “instituições de formação/ensino não superior” das TNC, legalmente constituídas e reconhecidas, em 2 de outubro de 2013:

*“(i) Podem prosseguir legalmente a referida atividade formativa no período indicado na norma;*

---

<sup>355</sup> Resposta dada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior à Pergunta 147/XIII/1, em 5-02-2016, disponível no site do parlamento: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePerguntaRequerimento.aspx?BID=89547>

<sup>356</sup> Resposta dada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior à Pergunta 388/XIII/1, em 2016-02-05, disponível no site do parlamento: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePerguntaRequerimento.aspx?BID=90149>

(ii) *Caso queiram prosseguir a sua atividade de formação neste domínio, devem requerer o reconhecimento de interesse público como estabelecimento de ensino superior privado;*

(iii) *Se não requererem o reconhecimento de interesse público devem cessar o funcionamento até ao fim do período indicado;*

(iv) *Se o reconhecimento de interesse público for indeferido devem cessar igualmente o funcionamento*<sup>357</sup>.

E as instituições de formação/ensino não superior das TNC que na data de entrada em vigor da Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro, não se encontrassem constituídas e reconhecidas legalmente, deviam cessar a sua atividade. Apesar disto o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior reafirma que a regulamentação em causa se encontra a ser elaborada em conjunto pela Direção-Geral do Ensino Superior e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e em articulação com a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior.

A resposta à Pergunta 1250/XIII/1<sup>358</sup> enviada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior em 2016-05-02, remete para informação prestada pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. A Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior de forma bastante clara e rigorosa afirma ser inadmissível que se aceite como docentes de ensino superior “especialistas” das TNC

*“que não possuam qualquer habilitação académica superior, pelo menos ao nível da licenciatura. (...) não deve e não pode confundir-se o que é uma formação profissional estrita, sem a exigência de quaisquer bases científicas, com uma educação superior, que tem naturalmente de basear-se num conjunto estruturado de conhecimentos científicos e técnicos, que é suposto que um qualquer detentor de um grau académico de ensino superior detenha”*.<sup>359</sup>

A Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior refere que admitir os “especialistas” das TNC como docentes numa instituição de ensino superior sem serem

---

<sup>357</sup> Resposta dada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior à Pergunta 388/XIII/1, em 2016-02-05, disponível no site do parlamento:

<https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePerguntaRequerimento.aspx?BID=90149>

<sup>358</sup> Resposta dada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior à Pergunta 1250/XIII/1, em 2016-05-02, disponível no site do parlamento:

<https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePerguntaRequerimento.aspx?BID=91175>

<sup>359</sup> Resposta dada pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior à Pergunta 1250/XIII/1, em 2016-05-02, disponível no site do parlamento:

<https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalhePerguntaRequerimento.aspx?BID=91175>

detentores de qualquer grau académico superior, não lhes sendo desta forma aplicadas as normas comuns, seria uma injustiça “...em relação a outras áreas de formação”.

O Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior responde às Perguntas 661/XIII/1, e 691/XIII/1, com a resposta dada anteriormente à Pergunta 147/XIII/1 e às Perguntas 3281/XIII/2, 3804/XIII/2, 4299/XIII/2 e 4739/XIII/2 não remete resposta, devendo-se isso talvez ao facto de já anteriormente ter respondido a essas mesmas questões. No entanto, há que salientar, que respondeu em anos anteriores pelo que nos parece legítimo serem novamente colocadas.

O Ministério da Saúde responde à Pergunta 4737/XIII/2<sup>360</sup> em 04-08-2017 afirmando o seguinte:

- Afirma que se cumpriu com o procedimento previsto na Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro, relativamente à emissão de cédulas profissionais em regime transitório, tendo sido analisados todos os requerimentos apresentados;
- Afirma que na data estava a ser objeto de análise o facto de “existir um período que decorre entre a aplicação da norma transitória e a existência de licenciados nas áreas das terapêuticas não convencionais”<sup>361</sup>. Isto porque na data apenas se encontrava a ser lecionado um curso de osteopatia com o grau de licenciatura;
- Afirma que no que se refere à matéria relativa ao número 6 do artigo 19.º da Lei N.º 71/2013 referente às instituições de formação/ensino não superior das TNC é da competência do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

O Ministério da Educação responde em 15-06-2018 à Pergunta 4738/XIII/2<sup>362</sup> referindo que a matéria constante na Pergunta não é da competência da área governativa da Educação.

Podemos concluir ao analisar as Perguntas realizadas pelos diferentes Grupos Parlamentares e as respetivas respostas dadas pelos diversos Ministérios do Governo que

---

<sup>360</sup> Resposta dada pelo Ministério da Saúde à Pergunta 4737/XIII/2, em 04-08-2017, disponível no site do parlamento:

<https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailhePerguntaRequerimento.aspx?BID=102467>

<sup>361</sup> Resposta dada pelo Ministério da Saúde à Pergunta 4737/XIII/2, em 04-08-2017, disponível no site do parlamento:

<https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailhePerguntaRequerimento.aspx?BID=102467>

<sup>362</sup> Resposta dada pelo Ministério da Educação à Pergunta 4738/XIII/2, em 15-06-2018, disponível no site do parlamento:

<https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailhePerguntaRequerimento.aspx?BID=102468>

todo o processo de regulamentação das TNC revela um conjunto de fatores estruturais complexos que se prendem em parte ao ensino/formação das Terapêuticas Não Convencionais e à sua falta de cientificidade. A falta de habilitações académicas a nível superior por parte de um grande número dos atuais profissionais das TNC revela-se um problema estrutural tanto para a fundação ou reestruturação das instituições de ensino/formação não superior das TNC em Portugal, como a longo prazo para a formação dos profissionais das TNC. Esta problemática como podemos constatar é motivo de contestação por parte dos profissionais das TNC desde 2013, tendo sido objeto de várias Perguntas ao Governo, como demonstrado, assim como de outras iniciativas parlamentares como passaremos a enunciar.

A 7 de novembro de 2016 a Resolução da Assembleia da República N.º 214/2016 - *“Recomenda ao Governo que acompanhe a implementação da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, sobre o exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais”*, - foi publicada em Diário da Assembleia da República, após aprovação em reunião plenária a 30 de setembro de 2016 do Projeto de Resolução N.º 436/XIII do Grupo Parlamentar do BE. No Projeto de Resolução N.º 436/XIII o Grupo Parlamentar do BE afirma que desde a entrada em vigor da Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro, tinham sido apresentadas junto da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) dezassete candidaturas para aprovação de ciclos de estudos no âmbito da Lei n. 71/2013, de 2 de setembro, por diferentes instituições de ensino superior, tendo, no entanto, apenas cinco sido aprovadas na área da Osteopatia.

A 20 de outubro de 2017 deram entrada na Mesa da Assembleia da República as seguintes iniciativas parlamentares que tiveram como objeto a emissão das cédulas profissionais e a figura de especialista para efeitos de integração em quadro docente e lecionação nos ciclos de estudos de nível superior das TNC:

-O Projeto de Resolução N.º 1093/XIII – *“Recomenda ao Governo que diligencie no sentido da Administração Central de Sistemas de Saúde, I.P. (ACSS) abrir um novo período de submissão de pedidos de emissão de cédulas profissionais destinado apenas aos formados das Terapêuticas Não Convencionais que terminaram os seus cursos após o dia 2 de outubro de 2013”* – da autoria do Grupo Parlamentar do CDS-PP, aprovado a 27 de outubro de 2017, em reunião plenária com os votos a favor do PSD, BE, CDS-PP, PEV, PAN e a abstenção do PS e PCP, constitui-se na Resolução da Assembleia da

República N.º 262/2017 – “*Recomenda ao Governo que seja aberto um novo período para pedir cédulas profissionais no âmbito das terapêuticas não convencionais*”- publicada em Diário da República no dia 30 de novembro de 2017;

- O Projeto de Lei N.º 648/XIII – “*Procede à segunda alteração à Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais, modificando o regime de atribuição de cédulas profissionais*” – da autoria do Grupo Parlamentar PAN;

- O Projeto de Lei N.º 650/XIII – “*Reconhece e define a figura de especialista para efeito de integração em corpo docente e lecionação nos ciclos de estudos conducentes a grau de licenciatura em terapêuticas não convencionais (procede à segunda alteração à Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro)*” – da autoria do Grupo Parlamentar do BE, rejeitado na generalidade com votos contra do PS, votos a favor do BE e do PAN e abstenções do PSD, do CDS-PP, do PCP e de Os Verdes, na reunião plenária, de 27 de outubro de 2017;

- O Projeto de Lei N.º 652/XIII – “*Alarga o período transitório para atribuição de cédula para o exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais a quem tenha concluído a sua formação após a entrada em vigor da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro (segunda alteração à lei n.º 71/2013, de 2 de setembro)*” – da autoria do Grupo Parlamentar BE.

O Projeto de Lei N.º 648/XIII e o Projeto de Lei N.º 652/XIII foram aprovados, na generalidade, com os votos a favor do BE, de Os Verdes e do PAN e abstenções do PSD, do PS, do CDS-PP e do PCP, na reunião plenária de 27 de outubro de 2017, tendo, no entanto, a votação final global sido realizada passado quase dois anos. Tal levou mais uma vez à contestação dos alunos e profissionais das TNC que procederam a várias ações formais e informais pela conclusão deste processo de regulamentação.

Neste período do processo de regulamentação das TNC, apesar de se verificar, como iremos demonstrar, uma maior união entre os profissionais das TNC, isto no que se refere aos profissionais que exerciam antes da Lei N.º 71/2013, de 2 de setembro, surgem divergências entre estes e os alunos e profissionais Pós 2013.



No dia 9 de abril de 2018 a União de estudantes das TNC (UE -TNC) organizou, simultaneamente no Porto e em Lisboa, uma Assembleia Geral, com o objetivo de apresentar uma proposta de regulamentação para a resolução dos problemas dos estudantes e profissionais das TNC que não puderam apresentar a sua candidatura à obtenção da Cédula Profissional, conhecidos como os Pós 2013. Esta proposta de regulamentação tinha sido apresentada pela Sociedade Portuguesa de Medicina Chinesa à UE -TNC União de estudantes das TNC. A Sociedade Portuguesa de Medicina Chinesa, que segundo a UE -TNC se opunha aos Projetos de Lei N.º 648/XIII e N.º 652/XIII, num comunicado à imprensa tinha demonstrado a sua preocupação para com a falta de fiscalização e regularização da formação na área das TNC, e solicitava ao Governo a publicação urgente da Portaria de transição das escolas das TNC. A Sociedade Portuguesa de Medicina Chinesa afirmava que a falta de regulamentação obrigava diversos profissionais das TNC, fosse “por oportunismo de uns e inação da tutela”, tanto na vertente de ensino como da prática profissional, “a trabalhar contra sua vontade na ilegalidade”<sup>363</sup>. A UE -TNC em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Medicina Chinesa procedeu a algumas alterações à proposta inicial de regulamentação, para posteriormente a apresentar na Assembleia Geral. Esta proposta consistia na criação pela Direção Geral do Ensino Superior de um Contingente Especial de Acesso ao Ensino Superior aos Pós 2013, isto é, da criação de vagas especiais nas instituições de Ensino Superior a lecionar cursos com grau académico de licenciatura nas áreas das TNC devidamente acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. A formação de nível Superior realizada pelos Pós 2013 seria feita através de um Plano Especial de Licenciatura que consistiria na realização de 60, 90 ou 120 ECTS de acordo com o Curriculum Vitae do candidato. Desta forma era lhes dada a possibilidade de obterem uma formação que lhes permitia adquirir a licenciatura e conseqüentemente a Cédula Profissional.

Na data nenhuma das escolas de ensino/formação das TNC tinha conseguido que um dos seus ciclos de estudos nas áreas das TNC regulamentadas fosse acreditado pela A3ES. Os cursos das TNC acreditados pela A3ES, designadamente de Osteopatia e Acupuntura, decorriam em instituições de ensino superior de saúde.

---

<sup>363</sup> [https://www.spmedicinachinesa.com/download/legislacao/regulacao\\_do\\_exercicio/notadeimprensaset2018.pdf](https://www.spmedicinachinesa.com/download/legislacao/regulacao_do_exercicio/notadeimprensaset2018.pdf)

Em resposta a esta iniciativa da UE -TNC várias associações de profissionais das TNC<sup>364</sup> escreveram ou subscreveram uma carta enviada à UE -TNC que tornaram pública nas redes sociais e sites das associações, a comunicar a sua oposição à proposta da UE -TNC. Nesta carta é referido que a nova proposta da UE-TNC não defende os interesses dos Pós-2013, nem dos atuais alunos, descrevendo diversas razões pelas quais tal proposta não salvaguarda os interesses e direitos destes, entre as quais o facto de na data apenas existirem apenas duas licenciaturas na área das TNC regulamentadas o que deixaria de parte muitos destes, de as vagas a abrir ( ou seja, seria sempre em número inferior tendo em atenção o elevado número de candidatos das TNC) no ensino superior não conseguirem dar resposta em tempo útil aos milhares de profissionais e alunos que se encontram nesta situação e de tal proposta se revelar um obstáculo e um entrave para o atual processo a decorrer, nomeadamente no que se refere aos já mencionados Projetos-Lei.

Posteriormente a UE-TNC desiste da proposta do Plano Especial de Licenciatura e retoma a luta pela aprovação dos Projetos-lei relativos ao período transitório para atribuição de cédula para o exercício profissional das terapêuticas não convencionais a quem tenha concluído a sua formação após a entrada em vigor da Lei N.º 71/2013.

Este período foi de união no que se refere às escolas de ensino/formação das TNC. A Federação Nacional de Escolas de Medicina Tradicional, Complementar e Alternativa (Terapêuticas Não Convencionais) – (FNE – MTCA), que tem como Comissão instaladora as principais escolas de TNC de Portugal, designadamente a Escola de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC), o Instituto de Medicina Tradicional (IMT), o Instituto Português de Naturologia (IPN) e a Escola de Medicina Chinesa de Pedro Choy (UMC), foi instigadora de várias ações pela conclusão do processo de regulamentação das TNC, designadamente reuniu com a Delegação da Organização Mundial de Saúde, solicitou audiência à Comissão de Trabalho e Segurança Social com o objetivo de promover a aprovação dos Projetos de lei N.º 652/XIII/3<sup>a</sup> e N.º 648/XIII/3<sup>o</sup> e organizou

---

<sup>364</sup> As associações que foram autoras ou subscreveram a carta enviada à UE -TNC são as seguintes: AEAR - Associação Europeia de Acupuntura Ryodoraku; AEESMTC – Associação de Estudantes da Escola Medicina Tradicional Chinesa; AEUMC – Associação de Estudantes UMC; AIMH – Associação Internacional de Medicina Homeopática; AMO – Associação Internacional de Medicina Osteopática; ANACTA – Associação Nacional de Acupuntura e Terapias Associadas; APAMTC – Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa; APFC – Associação Portuguesa de Fitoterapia Clássica; APNA – Associação Portuguesa de Naturopatia; APPA – Associação Portuguesa dos Profissionais de Acupuntura; ASPENAT – Associação Profissional de Especialistas Naturopatas; IVN Portugal – Associação de Medicina Energética ; UMN- União das Medicinas Naturais

uma manifestação que se realizou a 4 de junho de 2018 e que tinha como objetivos: “- Reclamar a resolução dos pré e pós 2013 junto da 10ª Comissão da AR; - Reclamar a publicação da portaria em falta para a Homeopatia ; - Reclamar a publicação da portaria de transição para as escolas”<sup>365</sup>. Essa manifestação teve segundo comunicação na rede social “Facebook” de um dos seus membros organizadores, Frederico Carvalho, o apoio de dezenas de associações portuguesas e internacionais<sup>366</sup>. Entre estas destacamos a UE-TNC que no dia 22 de maio de 2018 nas redes sociais “Facebook” invoca junto dos seus membros a participação nesta manifestação. Contudo no dia 2 de junho de 2018 na mesma rede social fazem um comunicado em que apesar de não proibirem os seus membros de participar na dita manifestação, declaram que possivelmente os interesses dos Pós 2013 não serão defendidos uma vez que ao contrário do que lhes tinha sido prometido inicialmente pela FNE – MTCA, não poderá estar presente um representante da UE-TNC na Assembleia da República, no dia da manifestação, aquando da entrega do manifesto. A UE-TNC nesse comunicado afirma que a exigência do seu representante na entrega do manifesto não se devia a “uma necessidade, da nossa parte, de protagonismo. Isso é algo que, aliás, repudiamos e que consideramos ser a grande razão dos conflitos entre associações e entidades que representam as TNC”. Para além dessa crítica, realizada às diversas associações e entidades das TNC, declara que denunciará sempre “quando outros tentam “aproveitar-se” da nossa situação para atingir outros objetivos, como se a mesma, por si só, não fosse grave o suficiente”<sup>367</sup>.

Na manifestação de 4 de junho de 2018 foi entregue à Assembleia da República a Petição Nº 513/XIII/3 “Pelo direito à igualdade no exercício Profissional das Terapêuticas Não Convencionais (TNC)”. A Petição, entregue na Assembleia da República, com 12909 assinaturas, de iniciativa de Pedro Choi Amélia Cordeiro e Outros, exigia “nos termos do artigo 52.º, n.º 1, da Constituição Portuguesa (...) aos órgãos de soberania competentes que corrijam esta situação de desigualdade, permitindo a todos os profissionais das TNC, formados antes e depois de outubro de 2013, a possibilidade de se candidatarem à obtenção de cédula profissional”. O Relatório final da Petição Nº 513/XIII/3 foi aprovado por unanimidade a 29 de maio de 2019 na reunião da Comissão

---

<sup>365</sup> <https://www.facebook.com/fnemtcantnc>

<sup>366</sup> <https://www.facebook.com/events/386996385118612>

<sup>367</sup> <https://www.facebook.com/uetnc>

de Trabalho e Segurança Social, pelos deputados do PSD, PS, e PCP, estando ausentes da reunião o BE e o CDS-PP.

No entanto, apesar de admitida a petição e conseqüentemente ter-se procedido legalmente à publicação em Diário da República da Petição, à audiência dos petiçãoários, à apresentação, discussão e votação do relatório final na Comissão e posterior envio para debate em reunião plenária, há que sublinhar que o objeto da Petição N.º 513/XIII/3 , já se encontrava em análise, na especialidade, no âmbito da Comissão de Trabalho e Segurança Social, num Grupo de Trabalho - Terapêuticas Não Convencionais constituído a 27 de junho de 2018.

Após aprovação do texto final dos Projetos de Lei N.º 648/XIII/3.<sup>a</sup> (PAN) e N.º 652/XIII/3.<sup>a</sup> (BE), e das respetivas propostas de alteração apresentadas pelo Grupo Parlamentar do PS, na especialidade, realizou-se a votação final global do texto final, apresentado pela Comissão de Trabalho e Segurança Social, na reunião plenária de 19 de julho de 2019, tendo sido aprovado, com votos a favor do PS, do BE, do PCP, de Os Verdes e do PAN e abstenções do PSD, do CDS-PP e do Deputado não inscrito Paulo Trigo Pereira.

A 9 de setembro de 2019 , após promulgação pelo Presidente da República, a Lei N.º 109/2019, de 9 de setembro, - *“Modifica o regime de atribuição de cédulas profissionais, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais”* – que teve na sua origem os Projetos de Lei N.º 648/XIII/3.<sup>a</sup> (PAN) e N.º 652/XIII/3.<sup>a</sup> (BE), é publicada em Diário da República.

A Lei N.º 109/2019, de 9 de setembro, veio permitir que os profissionais das TNC regulamentadas, que iniciaram o exercício da sua atividade após entrada em vigor da Lei N.º 71/2013, de 22 de setembro, pudessem requerer a emissão de cédula profissional, assim como os alunos das TNC regulamentadas que

*“tendo concluído a sua formação em instituições não integradas no sistema de ensino superior ou em instituições de ensino superior não conferente de grau superior, após a entrada em vigor da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, o façam até à atribuição do primeiro grau de licenciado em cada uma das terapêuticas não convencionais regulamentadas”* e no prazo limite de 31 de dezembro de 2025.

No que diz respeito às escolas de formação/ensino das TNC é lhes imposto o prazo legal até 31 de dezembro de 2023 para se adaptarem ao regime jurídico das instituições de ensino superior, mas mais uma vez “em termos a regulamentar pelo Governo em legislação especial”.

Ao analisarmos a Lei N.º 109/2019, de 9 de setembro, verificamos que os alunos das TNC nas áreas da Osteopatia e Acupuntura terão que requerer emissão de cédula profissional antes do prazo limite de 31 de dezembro de 2025. Constatamos também que a Lei N.º 109/2019, de 9 de setembro, não resolve a situação problemática das escolas de ensino/formação das TNC remetendo para posterior regulamentação.

Precedentemente, a 8 de novembro de 2018 em Conselho de Ministros, tinha sido aprovado um Decreto-Lei que procedia “ao reconhecimento de interesse público de três instituições de ensino superior privadas”, designadamente a Escola Superior de Saúde Atlântica, a Escola Superior de Terapêuticas não Convencionais e o Instituto Politécnico Jean Piaget Sul, que deste modo passavam a ser, integradas no sistema de ensino superior<sup>368</sup>.

A 31 de janeiro de 2019 o Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa, devolve o referido diploma legal ao Governo, sem promulgação, afirmando no portal da Presidência da República na Internet que

*“...as Ordens Profissionais competentes não aprovam o ensino de terapêuticas não convencionais, por não haver validade cientificamente comprovada, mais sublinhando os recuos nesta matéria em países onde o seu ensino tinha sido liberalizado, bem como que em Portugal apenas foram autorizados cursos públicos deste tipo em dois Politécnicos, mas a título experimental e temporário, tendo sido recusados a outras universidades privadas, e na ausência de garantias de futuro reconhecimento profissional...”*<sup>369</sup>.

Esta decisão do Presidente da República foi noticiada em vários periódicos online nacionais, tais como o Diário de Notícias ou o Jornal Sábado.

Os profissionais das TNC continuaram a luta não só pela regulamentação dos diplomas legais ainda em falta, designadamente pela regulamentação do ciclo de estudos de homeopatia e o diploma com legislação especial referente aos termos legais de

---

<sup>368</sup> <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/governo/comunicado-de-conselho-de-ministros?i=235>

<sup>369</sup> <https://www.presidencia.pt/?idc=10&idi=159777>

adaptação das escolas de ensino/formação das TNC ao ensino superior, como também pela inclusão das TNC no Sistema Nacional de Saúde, tendo para isso organizado congressos, participado em vários programas televisivos e da rádio, dado entrevistas nos periódicos nacionais, etc., entre os quais destacamos os seguintes:

- “Simpósio Internacional de Homeopatia XXI”, que decorreu a 26 de outubro de 2019;

- “Convenção Nacional das TNC 2019” que decorreu a 27 de outubro de 2019 na qual tomou posse a Comissão<sup>370</sup> instaladora do Conselho Nacional das TNC. Esta comissão tinha como incumbência continuar a dinamizar a atividade desenvolvida no âmbito das TNC e criar “uma plataforma de entendimento e cooperação entre profissionais, associações profissionais, escolas e estudantes”;

- “World Congresso f Acupuncture and Traditional Chinese Medicine – WCATCMXXI Portugal” realizado a 9 e 10 de novembro de 2019;

- Debate televisivo no programa Prós e Contra «*Medicina Convencional & Medicinas Alternativas. Homeopatia, acupuntura, e outras terapias não convencionais, devem integrar o Serviço Nacional de Saúde? Retrocesso civilizacional ou complementaridade?*» realizado no dia 1 de abril de 2019;

- Organização de petição “*Pelo Direito à Igualdade de Escolha do Método Com Que Quero Tratar A Minha Saúde*”;

- Participação de Pedro Choy no programa “Maluco da Beleza”;

- Programa Sexta às 9h da RTP, ocorrido no dia 25 janeiro de 2019 sobre a situação irregular das Escolas das TNC e dos seus alunos.

Esta luta, no entanto, tem se deparado com alguns opositores na sociedade portuguesa, que numa posição por vezes agressiva e feroz, utilizando por vezes as mesmas estratégias de persuasão da opinião pública e política que os profissionais das TNC, se têm debatido para impedir a regulamentação das TNC.

A COMCEPT - Comunidade Cética Portuguesa, criada a 5 de abril de 2012, composta por indivíduos, com níveis e áreas de formação académica diferentes, que tem

---

<sup>370</sup> A Comissão constituída pelos profissionais das várias TNC nomeados pelo Ministério da Saúde para integrarem o Conselho Consultivo das TNC, passaria também a integrar outros Conselheiros, nomeados pelas instituições do setor.

como objetivo “promover, em todos os âmbitos da sociedade, o uso do pensamento crítico e racional, com apoio no método científico” e denunciar “os abusos da pseudociência, isto é, de tudo aquilo que tenta passar-se por ciência sem o ser, bem como do negacionismo de factos científicos bem estabelecidos”<sup>371</sup>, revela-se uma das maiores opositoras das TNC. A COMCEPT, por iniciativa de um dos seus membros fundadores, Armando Brito de Sá, médico de família, professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa de 2003 a 2014<sup>372</sup>, elabora um manifesto de apelo aos poderes políticos, no sentido de defesa de uma medicina baseada na ciência, de revogação das Leis N.º 45/2003 e N.º 71/2013 e posteriores diplomas legislativos reguladores das TNC, que legitimam estas práticas, consideradas por estes como pseudocientíficas.

A 25 de março de 2019 este manifesto subscrito por membros da COMCEPT<sup>373</sup>, e cidadãos independentes<sup>374</sup>, com mais de 700 subscritores, foi entregue a todos os Grupos Parlamentares com assento na Assembleia da República e a três comissões parlamentares.

A COMCEPT desde a sua fundação que tem promovido junto dos media uma batalha contra as práticas de saúde, designadas por esta organização, de pseudociências, dando, os seus membros, entrevistas, participando em debates televisivos, programas de rádio, ou escrevendo artigos contra as TNC, etc.

Destacamos entre estes eventos da COMCEPT nos media, os mais recentes, designadamente a entrevista de João Monteiro, em janeiro de 2021 “*BRUÁ Podcasts*”, os artigos do jornal online “*Sábado*”, “*Quando tudo corre mal com as medicinas alternativas*”, publicado em fevereiro de 2020, e “*O perigo das medicinas alternativas*”, publicado em novembro de 2019, a entrevista de Diana Barbosa à Antena 1, em outubro de 2019, sobre o programa da COMCEPT em 2019, a notícia no jornal online “*Público*”, em maio de 2019, sobre o ciclo de debates com os temas “Alimentação, Cosmética e Farmácia” organizado em conjunto por David Marçal, Ciência Viva e COMCEPT e a participação no programa televisivo Prós e Contras - “*Medicina Convencional & Medicinas Alternativas. Homeopatia, acupunctura, e outras terapias não convencionais*,”

---

<sup>371</sup> <http://comcept.org/sobre-a-comcept/>

<sup>372</sup> <https://pt-pt.facebook.com/ArmandoBritodeSa>

<sup>373</sup> Membros da COMCEPT: João Monteiro, Biólogo e doutorando em história da ciência, David Marçal, Bioquímico, António Gomes da Costa, Diretor de Educação e Mediação Científica, Carlos Fiolhais, Professor de Física da Universidade de Coimbra ou Patrícia Gonçalves, Investigadora em Física e Deputada Municipal em Lisboa.

<sup>374</sup> Cidadãos independentes: António Vaz Carneiro Médico e Professor da FMUL, Desidério Murcho, Professor de filosofia, autor e tradutor, Marco Mira, Empresário, Cristina Maria Antunes Martins d’Arrábida, Enfermeira, Francisco José dos Santos Botelho, Urologista do Centro Hospitalar S. João e docente de Saúde Comunitária da Escola de Medicina da Universidade de Braga, Ruben Fernandes, Engenheiro Eletrotécnico ou Isabel Coimbra, Investigadora doutoral FEUP.

*devem integrar o Serviço Nacional de Saúde? Retrocesso civilizacional ou complementaridade?”* - realizado no dia 1 de abril de 2019.

Para além disso há que destacar as interposições individuais de alguns membros da COMCEPT, nomeadamente a de David Marçal, bioquímico, redator científico na Ciência Viva - Agência Nacional para a Cultura Científica e Tecnológica e coordenador da rede Global Portuguese Scientists, e a de Carlos Fiolhais, catedrático no departamento de Física na Universidade de Coimbra, autores do livro “*A Ciência e os seus Inimigos*”. David Marçal e Carlos Fiolhais apresentaram o livro “*A Ciência e os seus Inimigos*”, na Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, a 3 de maio, contando com as intervenções do ex-Bastonário da Ordem dos Médicos, José Manuel Silva, e do presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes.

David Marçal e Carlos Fiolhais ao longo dos anos tem demonstrado publicamente, através de várias entrevistas a periódicos nacionais, a sua oposição às TNC.

Carlos Fiolhais, no dia 20 agosto de 2017 num artigo online do Jornal de Notícias afirma “*a Lei legitimou a fraude nas medicinas alternativas*”. Posteriormente em 5 de junho de 2018, numa entrevista online no jornal “Noticias ao Minuto”<sup>375</sup> refere

*“Em Portugal persiste uma certa credence irracional. Se alguém diz que ‘esta mezinha é da China e tem tradições milenares’, ganha uma aura mesmo que seja um mero vendedor. A tradição não tem nada de científico. (...) á todo o tipo de argumentos, mas que não são verdadeiramente argumentos lógicos, não têm sustentação científica. Essas pessoas não querem sujeitar os seus produtos às provas que os outros produtos são sujeitos para se averiguar se são eficazes e seguros. Qualquer medicamento que tomamos, qualquer alimento, tem de ter um certo controlo. No caso das medicinas e terapêuticas alternativas, a única coisa que têm de provar é que são inócuos. Em muitos casos até são. Eu e o David Marçal já tomámos uma embalagem inteira de comprimidos homeopáticos para a gripe, algo que não poderíamos fazer com medicamentos convencionais. Não ficámos altamente intoxicados. Confiámos na afirmação de que eram altas diluições. E, de facto, não nos aconteceu nada”.*

Em 12 de junho de 2019, no jornal online “Ponto Final” numa entrevista intitulada “*A China é a fábrica da ciência mundial*” Carlos Fiolhais, reforça a sua opinião de que a homeopatia é inócua, apelidando-a mesmo de “charlatanice”, porque, assegura,

---

<sup>375</sup> <https://www.noticiasao minuto.com/pais/1016391/quase-so-falta-dizer-que-a-medicina-causa-o-cancro>



a ciência não compreende nem explica “que umas pastilhas feitas de água e açúcar” possam fazer curas de doenças graves. “Não podem ter efeito, é impossível que tenham. Já se experimentou e conclui-se que não têm”. Contudo nesta entrevista afirma no que se refere à Medicina Tradicional Chinesa

*“...que há muito conhecimento antigo, que é empírico, e que não esteve sujeito às restrições do método científico, mas que poderá vir a ser no futuro. “É bom que isso seja tudo analisado pela ciência, e nem tudo o foi”, explica. (...) lembrando também que já há uma laureada com o Prémio Nobel da Medicina que “conseguiu criar um medicamento para uma doença tendo por base uma receita da Medicina Tradicional Chinesa”. Apesar disso, ressalva que as medicinas tradicionais não podem ser vistas como tendo todas o mesmo tipo de credibilidade. «São muito desiguais. Importa apurar que validade têm» ...”.*<sup>376</sup>

David Marçal e Carlos Fiolhais foram comissários do “Mês da Ciência e da Educação - A Evolução do Conhecimento”, realizado de 15 de outubro de 2019 a 16 de novembro de 2019, promovido pela Fundação Francisco Manuel dos Santos, que tinha vários ciclos de conferências que propunham a discussão de questões como “*Que alimentos são mais nutritivos e sustentáveis? As terapias alternativas são um perigo para a saúde pública? O que diz hoje a análise de ADN sobre as populações primitivas? O que revelam as neurociências sobre o modo como aprendemos? Como distinguir a análise científica da análise não científica?*”<sup>377</sup>.

A nível internacional também se tem observado um movimento contra as Terapêuticas Não Convencionais, designadamente nos diversos países europeus, como na nossa vizinha Espanha em que este tem revelado uma força política e social vigorosa com efeitos práticos na sociedade espanhola.

A associação espanhola “Asociación para Proteger a los Enfermos de las Terapias Pseudocientíficas”<sup>378</sup>, organizou o “Manifesto Europeu contra as Pseudoterapias” que tem como finalidade:

---

<sup>376</sup> <https://pontofinalmacau.wordpress.com/2019/06/12/carlos-fiolhais-a-china-e-a-fabrica-da-ciencia-mundial/>

<sup>377</sup> <https://www.uc.pt/iii/romuloccv/article?key=a-1d224012e3>

<sup>378</sup> Uma associação cívica formada pelas vítimas de pseudoterapias, cientistas, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, informáticos, advogados.

*“1. Reunir um grande número de cientistas e profissionais da saúde que deixem claro que nem o sector científico nem o da saúde apoiam estas práticas, contrárias à evidência científica;*

*2. Sensibilizar os meios de comunicação sobre o tema tratado no manifesto;*

*3. Iniciar uma luta contra estas práticas a nível mundial, uma vez que muitas das leis e problemas que afectam os pacientes devido às pseudoterapias têm uma origem mais abrangente do que os países a que pertencem as associações céticas.”*

Este manifesto, com 2.750 signatários que pertencem a 44 países, é subscrito por alguns nomes portugueses de destaque na nossa sociedade, entre os quais destacamos Ricardo Mexia – Médico, Presidente da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública de Portugal e Professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e do Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve.

A Ordem dos Médicos a maior opositora destas terapêuticas, como já referido, tem constantemente mostrado a sua oposição e lutado para o impedimento do exercício profissional destas práticas no nosso país. A Ordem dos Médicos aproveitando o movimento espanhol contra as TNC, que na data tinha grande visibilidade pública no país vizinho, a 18 de janeiro de 2019 assina em Madrid uma declaração conjunta com o “Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España”. Esta declaração que defende o “ato médico” e a medicina baseada na evidência científica e se manifesta contra as ditas “pseudoterapias e pseudociências” solicita aos

*“representantes políticos que legislem para combater tanto as pseudoterapias e as pseudociências, como os atos ou movimentos que as promovam, e que salvaguardem a saúde pública e a segurança dos doentes, e que se promova, através das autoridades competentes, um maior controle e vigilância sobre os centros e pessoas que não estejam oficialmente certificados e que publicitem falsas atividades preventivas e curativas, impulsionando campanhas de sensibilização e formação para os cidadãos e doentes, com o objetivo de evitar possíveis fraudes e manipulações pseudocientíficas”.*

Ao analisarmos a posição dos profissionais das TNC e a dos seus opositores constamos que a falta de evidência científica destas práticas de saúde tem sido o motivo de maior discórdia e divisão. As divergências entre os profissionais das TNC e a classe médica e científica, têm gradualmente subido de tom, levando cada vez mais a

manifestações e acusações públicas extremas que impossibilitam a via do diálogo interdisciplinar.

Ao analisarmos as posições manifestadas publicamente das duas partes envolvidas neste processo de regulamentação das TNC em Portugal, designadamente de um lado os profissionais e alunos das TNC e do outro a classe médica (que abrange não só a Ordem dos Médicos enquanto entidade institucional, mas também os profissionais médicos que em nome individual lutam contra esta regulamentação e estas práticas de saúde), e os cientistas que se opõem veemente contra estas práticas de saúde, constatamos que estas se apresentam como completamente opostas e irreconciliáveis.

Nos vários discursos manifestados publicamente por ambas as partes verifica-se que existem diferenças que se prendem com as abordagens filosóficas que sustentam a prática das TNC, ou seja, abordagens mais holísticas, centradas no paciente e conceptualmente baseadas em conceitos como energia ou força vital e por vezes até mesmo em preceitos esotéricos, que se opõem de forma drástica ao pensamento racional e ao método científico em que se baseia a medicina convencional. Os discursos de ambas as partes na sociedade portuguesa têm sido empolados, agressivos e cheios de críticas por vezes pessoais. Tal foi possível observar no programa televisivo Pros e Contras “*Medicina Convencional & Medicinas Alternativas.*” realizado no dia 1 de abril de 2019, que teve como representantes da Medicina Convencional, David Marçal, Júlio Cerqueira<sup>379</sup> representante da Ordem dos Médicos e André Casado, Médico de Medicina Interna, e como representantes da Medicina Alternativa, Pedro Choy, acupuntor e terapêutica de Medicina Tradicional Chinesa, Hélio Pereira, médico ortopedista, homeopata e acupuntor, e João Beles, naturopata e acupuntor. O programa que devia ter-se constituído como um debate construtivo, informativo e esclarecedor, primou por uma discussão com atitudes emotivas, irónicas, de contraditório e até mesmo de escárnio e desvalorização de ambos os lados, tendo se ouvido entre outras as seguintes frases:

Pedro Choy - *«Vou começar agora a fazer muitas mais ... não fez muitas mais, fiz 11 , esta que pus hoje no Facebook é uma cirurgia abdominal profunda . Uma senhora tinha uma agulha de costura que espetou pelo abdómen e que andou a viajar uns meses lá dentro e finalmente picou ...uma parte do intestino, estava a fazer uma peritonite, foi*

---

<sup>379</sup> João Júlio Cerqueira, Licenciatura em Medicina pela Faculdade de Medicina do Porto, fundador do site Scimed

*analgizada pela acupuntura, vocês podem ouvir o cirurgião a falar da cirurgia e então vão perceber que não é mentira nenhuma, é uma realidade nua e crua»*

David Marçal - *«mas não se vê se teve alguma anestesia adicional. Isso é a sua palavra. Isso não se vê no vídeo ...»*

João Cerqueira - *«Isso é espetáculo! Não é ciência!»*

Pedro Choy - *«O senhor está-me a chamar mentiroso? Isso eu não lhe admito»*

João Cerqueira – *«Vídeos Youtube! Foi publicado??»*

Pedro Choy - *«Porque é que eu tenho que publicar? Não sou cientista! Para que é que eu quero ser cientista.»*

Em outros momentos dos programas:

João Beles - *«Essa conversa falsa é que contribui...»*

João Beles - *«Este senhor nem é medico... Eu quero mostrar como estes radicais científicos atuam , este é uma pirâmide...»*

O principal argumento contra as TNC dos seus opositores é a sua falta de evidências científicas, designadamente na sua maioria estas práticas de saúde não apresentam evidências de eficácia e segurança. Segundo estes não existem estudos científicos «de qualidade» que provem a sua eficácia e segurança. Os profissionais das TNC argumentam que presentemente já existem vários estudos científicos na área das TNC que provam que estas funcionam e existem milhares de pessoas em Portugal que recorrem às Terapêuticas Não Convencionais o que constitui um motivo não só para serem legalizadas como também para serem integradas no Sistema Nacional de Saúde.

Podemos concluir que a regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais em Portugal se revela um processo histórico complexo no qual os vários intervenientes profissionais, cientistas, sociais e políticos, desempenham um papel ora de promoção ativa da regulamentação destas práticas de saúde ora de obstáculo e impedimento desta mesma regulamentação.

Na data presente, no âmbito das Leis N.º 45/2003 e N.º 71/2013, apenas falta regulamentar o regime de critérios do ciclo de estudos de homeopatia e o regime especial de transição das instituições de ensino/formação das TNC para instituições de ensino superior, estando o processo de regulamentação das TNC quase concluído.

No entanto, os profissionais das TNC pretendem para além da regulamentação dos diplomas legais previstos nas Leis N.º 45/2003 e N.º 71/2013 que se encontram por regulamentar, a integração das TNC no Sistema Nacional de Saúde que lhes possibilitaria não só um estatuto um tanto semelhante à medicina convencional como o seu pleno reconhecimento social.

A regulamentação das TNC em Portugal que se apresenta de vanguarda relativamente aos restantes países europeus, apresenta, no entanto, algumas questões de saúde, jurídicas, éticas e deontológicas, económicas e científicas que se revelam pertinentes numa breve reflexão analítica de todo este complexo processo histórico.

As instituições de ensino /formação das TNC não estão acreditadas pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior estando registadas no Sistema de Informação da Classificação Portuguesa de Atividades Económicas (SICAE) como empresas/firmas. Contudo a maioria destes institutos tem certificação da DGERT (Direção Geral do Emprego e das Relações do Trabalho) como forma de credibilizar a sua atividade de formação e tem registo de atividade económica, ou seja, tem código de atividade económica nas finanças (CAE). A maioria destas instituições tem como CAE “Outras Atividades Educativas, n.e”. No entanto, a UMC – Universidade de Medicina Chinesa de Pedro Choy tem registo de atividade económica como “Ensino Superior”<sup>380</sup>.

Estas entidades após a entrada em vigor da Lei N.º 71/2013 continuaram a lecionar cursos na área das TNC legalizadas, intitulando-se como escolas de ensino superior, e informando os seus futuros alunos que esses mesmos cursos lhes concediam um grau de licenciatura e posteriormente acesso à cédula profissional. Esta situação “aparentemente” ilegal não foi sancionada pelas diversas instituições governamentais competentes na área, tendo resultado em aproximadamente 10 000 aluno (isto segundo as próprias escolas de ensino/formação das TNC) em situação irregular, designadamente os denominados Pós 2013 que posteriormente em 2019 com a Lei N.º 109/2019 tiveram a possibilidade de se legalizar e requerer a cédula profissional.

As escolas de ensino/formação das TNC com base no número 6 do Artigo 19 da Lei N.º 71/2013, argumentando um vazio legal, na medida que os termos “de adaptação” destas instituições “ao regime jurídico das instituições de ensino superior” não tinham sido regulamentados “em regime especial” pelo Governo, continuaram a lecionar

---

<sup>380</sup> <http://www.sicae.pt/Consulta.aspx>

“cursos” ditos de “nível superior” apesar de não acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior .

Com a Lei N.º 109/2019 de acordo com a ACSS os alunos e os profissionais

*“que tinham concluído a formação profissional após a entrada em vigor da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, podiam solicitar a respetiva cédula, junto da ACSS, até 31 de dezembro de 2025 ou até à atribuição do primeiro grau de licenciado em cada uma das terapêuticas não convencionais regulamentadas, consoante a data que ocorrer primeiro”.*

As instituições de ensino/formação das TNC com a entrada em vigor da Lei N.º 109/2019, vêm o período de adaptação ao regime jurídico das instituições de ensino superior alargado até 31 de dezembro de 2023. No entanto, mais uma vez a lei sublinha que essa adaptação deve ser em “termos a regulamentar pelo Governo em legislação especial”.

Tendo em atenção que até à data presente os termos de adaptação das instituições de ensino das TNC ao regime jurídico do ensino superior não foram regulamentados, que estas instituições continuam a lecionar cursos nas áreas das TNC regulamentadas (medicina tradicional chinesa, naturopatia, quiropraxia e fitoterapia), com duração de 4 ou cinco anos, dando a informação aos seus alunos que tal formação lhes permite exercer atividade profissional e acesso à cédula profissional, como é possível verificar nos seus sites na internet, e que o prazo de atribuição de cédulas profissionais aos alunos que frequentam estes cursos, pode terminar antes da conclusão do curso, isto é, ser inferior a 31 de dezembro de 2025, se for acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior um curso nessas áreas com grau de licenciatura, coloca-se as seguintes questões:

- Estas instituições podem legalmente abrir e lecionar cursos nas áreas das TNC regulamentadas, designadamente no que se refere às áreas de medicina tradicional chinesa, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia<sup>381</sup>, publicitando informação que se apresenta omissa, na medida que não informam pelo menos no que se refere a algumas

---

<sup>381</sup> No que diz respeito à osteopatia e à acupuntura não encontramos nenhuma das instituições de ensino das TNC a lecionar nessas áreas. Isto talvez se deva ao facto de existirem cursos de acupuntura e de osteopatia com o grau de licenciatura acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

destas instituições, que a conclusão do curso pode terminar após o prazo legal para requerer cédula profissional?

- Qual a situação legal das instituições de ensino/formação das TNC se após 31 de dezembro de 2023 não tiverem sido regulamentados os critérios de adaptação ao regime jurídico do ensino superior? Estas poderão continuar a lecionar, como o fizeram anteriormente, formando alunos que não poderão exercer legalmente a atividade para a qual supostamente se habilitaram academicamente?

- Se existirem alunos que terminem o curso numa destas áreas das TNC após ter terminado o período legal para requerer a cédula profissional, estes poderão exercer profissionalmente? Ou como sucedeu no período entre a entrada em vigor da Lei N.º 71/2013 e da Lei N.º 109/2019, estes ou pelo menos alguns destes, exercerão a atividade ilegalmente?

- Em termos fiscais e económicos estas instituições constituídas legalmente como empresas/firmas podem abrir cursos e cobrar pelas formações valores de propinas equivalentes ao das instituições de ensino superior?

- É eticamente e deontologicamente correto que alguns dos dirigentes e fundadores das instituições de ensino/formação das TNC, façam parte do grupo de peritos que constitui o júri que realiza as entrevistas de avaliação profissional aos candidatos (que por vezes foram alunos e se formaram nas instituições de ensino dirigidas por esses peritos) de cédula profissional que obtiveram uma pontuação inferior a oito pontos?

- Às escolas de ensino/formação das TNC devem ser exigidos os mesmos critérios científicos que às restantes instituições de ensino superior?

Como já mencionado anteriormente um problema que se coloca, a nível da acreditação dos cursos destas instituições de ensino/formação das TNC, é a inexistência de docentes qualificados cientificamente, ou seja, com grau de ensino superior. Como dizia um profissional das TNC, Nuno Lemos, estes cursos carecem de uma fundamentação técnica e científica que se verifica nos seus planos curriculares e até na duração dos mesmos. Nos sites de algumas destas instituições constatamos que estes cursos com duração de 4 anos são lecionados apenas ao fim de semana, não se verificando deste modo o número de horas legíveis de um curso de nível superior. Face a todos estes fatores a resolução desta problemática torna-se complexa, na medida em que apesar de as

TNC estarem quase todas regulamentadas, com exceção da homeopatia, as irregularidades ainda existentes e a incompatibilidade com os critérios científicos destas práticas de saúde, se tornarem inultrapassáveis e motivo não só de oposição mas também de obstáculo para a conclusão do processo de regulamentação das TNC em Portugal.



## **Capítulo VI – A Contribuição da Relação Histórica entre Portugal e Macau para a Aceitação Política, Académica e Social da Medicina Tradicional Chinesa em Portugal**

Este capítulo tem como finalidade descrever de que forma a relação de cooperação entre Portugal e Macau tem contribuído para a regulamentação e aceitação social e científica da Medicina Tradicional Chinesa no nosso país. Macau antiga colónia portuguesa na qual persiste uma vocação histórica lusófona e multicultural constitui-se nos dias atuais, enquanto Região Administrativa Especial da China, o que muitos designam como uma ponte entre a China e Portugal, promovendo a cooperação multilateral e bilateral entre os dois países nas mais diversas áreas, designadamente a nível económico, comercial, académico, científico e da saúde. Este capítulo partindo da análise desta cooperação internacional a diversos níveis procura demonstrar que esta relação contribuiu para a regulamentação e aceitação social, académica e científica da Medicina Tradicional Chinesa em Portugal.

### **6.1. A Relação Histórica de Cooperação entre Portugal e Macau**

Em 20 de dezembro de 1999 deu-se a transferência da soberania de Macau para a República Popular da China. Na sequência deste processo de transição negociado entre Portugal e a República Popular da China, Macau é transformado numa Região Administrativa Especial da China. A Lei básica de Macau em vigor desde 20 de dezembro de 1999, ou seja, desde a transferência da soberania de Macau, permitiu que Macau de acordo com artigo 2.º e 5.º pudesse, perante a autorização da Assembleia Popular Nacional da República Popular da China

*“exercer um alto grau de autonomia e gozar de poderes executivo, legislativo e judicial independente, incluindo o de julgamento em última instância, de acordo com as disposições desta Lei” e manter “inalterados durante cinquenta anos o sistema capitalista e a maneira de viver anteriormente existentes, não se aplicando o sistema e as políticas socialistas”<sup>382</sup>.*

O princípio “dois países, dois sistemas” e um processo de transição amigável permitiu que os vestígios arquitetónicos, culturais e linguísticos da presença portuguesa continuem

---

<sup>382</sup> Lei Básica da Região Administrativa Especial de Macau da República Popular da China.

não só a ser bem visíveis em Macau como inclusive “preservados pela Administração chinesa de Macau, com o incentivo do governo central de Pequim”. (Mendes, 2013, p. 280). Isto sucedeu porque a República Popular da China desde o início da transição compreendeu que isso lhe poderia trazer benefícios políticos e económicos. O sistema jurídico é de matriz portuguesa. Os meios de comunicação social em Macau, pelo menos parte deles, funcionam em português. A cultural portuguesa continua presente nas artes, espetáculos e na gastronomia. A língua portuguesa continua a ser uma das línguas oficiais de Macau, tendo sido incentivada a sua preservação. A Administração Chinesa de Macau com o objetivo de preservar a identidade de Macau tem investido na preservação e prosperidade da língua portuguesa, financiando estruturas como a Casa de Portugal ou jornais de língua portuguesa (Cardoso, 2021). Como referido esta estratégia da China tem interesses económicos que passam pela aproximação a parceiros internacionais que eles privilegiam por questões económicas, designadamente a países de língua portuguesa (Cardoso, 2021).

A República Popular da China reconhecendo a vantagem económica e política que a herança cultural resultante do período de administração portuguesa no território de Macau lhe proporcionava, resolveu valorizá-la e estabelecer Macau como uma ponte estável e consistente de diálogo com os Países de Língua Portuguesa, com os quais por motivos políticos e económicos lhe convém manter relações de cooperação, criando para isso em 2003 o Fórum para a Cooperação Económica e Comercial entre a China e os Países de Língua Portuguesa – Fórum Macau (Costa, 2021). O Fórum de Cooperação Económica e Comercial entre a China e os Países de Língua Portuguesa, conhecido como o Fórum de Macau, criado entre a República Popular da China e sete países de língua portuguesa (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal e Timor-Leste) tem o seu Secretariado Permanente em Macau (Mendes, 2013). Macau tem deste modo um papel relevante na diplomacia chinesa e concretização dos seus objetivos de política externa, “estando autorizado e mandatado para estabelecer relações com os países de língua portuguesa no âmbito da paradiplomacia” (Costa, 2021, p. 53). Macau pode assim estabelecer relações com estes países, designadamente Portugal, através do Fórum de Macau. O Fórum de Macau oficialmente tem como finalidade promover o desenvolvimento e consolidação das relações comerciais e económicas entre a China e os seus outros membros, assim como proporcionar benefícios mútuos e desenvolvimento

interno à China e aos países de língua portuguesa que fazem parte do fórum<sup>383</sup>, utilizando Macau como plataforma de ligação entre os países participantes<sup>384</sup>.

O Fórum de Macau organiza, cada 3 anos, uma Conferência Ministerial, na qual é aprovado um Plano de Ação para a Cooperação Económica e Comercial que estabelece os objetivos e conteúdo para a cooperação entre a China e os sete países de língua portuguesa, ou seja, celebra documento com as diretrizes orientadoras da cooperação económica e comercial, nas mais diversas áreas, entre as quais a saúde, entre os participantes do Fórum de Macau. A promoção da cooperação entre a China e os Países de Língua Portuguesa no domínio da saúde tem sido sempre concretizada nas medidas estabelecidas nos Planos de Ação do Fórum de Macau aprovados, tendo o desenvolvimento e divulgação da medicina tradicional chinesa nestes países sido objeto de várias medidas e estratégias operacionais bilaterais e multilaterais do Fórum de Macau desde o início da sua criação, apesar de nos primeiros Planos de Ação aprovados não estarem definidas medidas específicas para a medicina tradicional chinesa, estando a medicina tradicional chinesa incluída nas medidas relativas à saúde. Contudo, a partir de 2013, data em que foi celebrado o Plano de Ação para a Cooperação Económica e Comercial da 4ª Conferência Ministerial do Fórum de Macau, para o período de 2014 a 2016, a medicina tradicional chinesa passa a ter um papel primordial na cooperação entre a China e os países membros do Fórum de Macau. Verifica-se assim, que a China, utilizando o Fórum de Macau como plataforma, enquanto líder desta organização internacional, na qual de algum modo subjuga os interesses desta aos seus próprios interesses económicos e políticos, existindo deste modo uma proeminência chinesa nesta organização, estabelece a medicina tradicional chinesa como um dos principais objetivos de cooperação do Fórum de Macau. O Plano de Ação para a Cooperação Económica e Comercial da 4ª Conferência Ministerial do Fórum de Macau apresentava, então, como uma das suas medidas concretas o reconhecimento da importância da medicina tradicional e “o apoio a pesquisas, trocas de informações, formação e estágios para promover a produção de fármacos com base em plantas medicinais”<sup>385</sup>. Na Quinta Conferência Ministerial do Fórum de Macau, realizada a 11 de outubro de 2016, no Plano de Ação aprovado, a China acordou em continuar a apoiar os Países de Língua Portuguesa

---

<sup>383</sup> <https://bricspolicycenter.org/forum-para-a-cooperacao-economica-e-comercial-entre-china-e-paises-de-lingua-portuguesa-forum-de-macau/>

<sup>384</sup> <https://www.forumchinapl.org.mo/pt/forum-de-macau/>

<sup>385</sup> Plano de Ação para a Cooperação Económica e Comercial da 4ª Conferência Ministerial do Fórum para a Cooperação Económica e Comercial entre a China e os Países de Língua Portuguesa (2014-2016).

na área da medicina tradicional, tendo disponibilizado 2 bilhões de RMB para apoiar projetos em diversos domínios que incluíam a pesquisa na medicina tradicional. Para além disso nesta Quinta Conferência Ministerial o Plano de Ação define como suas medidas concretas a promoção de estratégias de integração entre a medicina tradicional e a medicina convencional no quadro do Fórum de Macau, e a saudação dos

*“...os esforços de Macau para a criação de uma plataforma de intercâmbio médico entre a China e os Países de Língua Portuguesa do Fórum de Macau para a promoção do diálogo e do intercâmbio de práticas sobre a medicina tradicional entre os Países participantes do Fórum de Macau...”<sup>386</sup>.*

Verifica-se deste modo que a política externa de Macau incide num aproveitamento histórico da relação existente entre Macau e Portugal para alcançar uma relação de cooperação com os países de língua portuguesa nas mais diversas áreas, nas quais está incluída a medicina tradicional chinesa, com o intuito de obter elevada competitividade económica e comercial internacionalmente não só para Macau mas para a República Popular da China.

---

<sup>386</sup> [https://www.forumchinaplp.org.mo/wp-content/uploads/2020/09/161109\\_PT\\_PlanodeAccao2017-2019\\_Final-1.pdf](https://www.forumchinaplp.org.mo/wp-content/uploads/2020/09/161109_PT_PlanodeAccao2017-2019_Final-1.pdf)

## **6.2. Ações Desempenhadas pelo Governo de Macau no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa, em Portugal**

Em 2011, no âmbito do Acordo-Quadro de Cooperação Guangdong-Macau assinado pelo Governo Provincial Popular de Guangdong e o Governo da Região Administrativa Especial de Macau, foi criado o Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong-Macau.

O Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong-Macau, que tem como principais objetivos a construção de uma “*Base Internacional de Controlo de Qualidade da Medicina Tradicional Chinesa*” e uma “*Plataforma Internacional de Intercâmbio da Indústria de Saúde*”<sup>387</sup>, no âmbito da estratégia económica e comercial «Uma Faixa, Uma Rota» criada pela República Popular da China em 2013 - que tem como objetivo a construção do Cinturão/Faixa Económico da Rota da Seda, nomeadamente o desenvolvimento de infraestrutura e investimentos em países da Europa, Ásia e África, à qual Portugal aderiu formalmente em dezembro de 2018 ao assinar “*Memorando de Entendimento sobre cooperação no quadro da Faixa Económica da Rota da Seda e da iniciativa relativa à ‘Rota da Seda Marítima’ do século XXI*”, - ao ter como missão promover a criação de uma “*Janela Internacional de ‘Uma Faixa, Uma Rota’ na Indústria e Cultura da Medicina Tradicional Chinesa*”<sup>388</sup> posicionou Macau como plataforma internacional de intercâmbio e de cooperação entre a China e os Países de Língua Portuguesa.

Em julho de 2016 o Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong-Macau e o Fórum de Macau assinaram um Memorando de Cooperação. O Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong-Macau com o apoio do Fórum de Macau estabeleceu relação e colaboração com alguns organismos públicos e privados de Portugal.

O Parque Científico e Industrial (forma como passaremos a designar esta organização) desde a sua criação que realizou várias ações para divulgar e promover a Medicina Tradicional Chinesa no nosso país. O Parque Científico e Industrial patrocinou

---

<sup>387</sup> Site do Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong-Macau: <https://pe.gmtcnpark.com/portal/index/orientation.html>

<sup>388</sup> Site do Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong-Macau: <https://pe.gmtcnpark.com/page/1059.html>

e organizou conferências, formações, desenvolveu junto das autoridades oficiais, designadamente dos nossos organismos governamentais, tais como a Direcção-Geral da Saúde de Portugal, a Administração Central do Sistema de Saúde e a Direcção-Geral de Alimentação e Veterinária, esforços não só para a aceitação desta prática como também para estabelecer parcerias políticas, económicas e académicas. O Parque Científico e Industrial estabeleceu com associações e entidades privadas e públicas relacionadas direta ou indiretamente com a Medicina Tradicional Chinesa, tais como o Instituto de Medicina Tradicional de Portugal, a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (FFUL) ou a Associação Portuguesa de Suplementos Alimentares, parcerias de cooperação com a finalidade por um lado de intercâmbio de informação relativa à comercialização, ao estudo científico e legislação de produtos medicinais, e por outro de estabelecer acordos académicos de formação de recursos humanos especializados na Medicina Tradicional Chinesa.

Em julho de 2016 uma delegação do Parque Científico e Industrial liderada pela Dra. Lu Hong, assessora do Gabinete do Secretário para a Economia e Finanças do Governo da Região Administrativa Especial de Macau e presidente do Parque, visitou Portugal com a finalidade de concretizar a sua grande missão, a realização da “Janela Internacional de ‘Uma Faixa, Uma Rota’ da Indústria e Cultura de Medicina Tradicional Chinesa”. Nessa visita a Portugal foram realizados vários encontros com várias entidades e organizações privadas e públicas que tiveram como tema de discussão o desenvolvimento de centros de medicina tradicional chinesa internacionalmente, o registo dos produtos de medicina tradicional chinesa na União Europeia, a criação de Boas Práticas de Fabrico (GMP) na União Europeia, e o estabelecimento de parcerias com as instituições governamentais portuguesas competentes na área da medicina tradicional chinesa e saúde. A Delegação do Parque Científico e Industrial, tendo como objetivo por um lado a promoção e desenvolvimento de acordos de cooperação com Portugal no âmbito da medicina tradicional chinesa e por outro utilizar Portugal como um meio estratégico económico, político e comercial de divulgar e criar parcerias com os restantes países da União Europeia, organização da qual faz parte Portugal, durante a visita a Portugal reúne com a Direcção-Geral da Saúde, a Administração Central do Sistema de Saúde, e a Direcção-Geral de Alimentação e Veterinária. A Delegação pretendia que o governo português apoiasse o Parque Científico e Industrial não só no que se refere ao registo, serviços e comércio de medicamentos de medicina tradicional chinesa e de

suplementos alimentares no nosso país, mas também na criação de centros de medicina tradicional chinesa internacionalmente. Para além disso a Delegação visitou os principais estabelecimentos de ensino de medicina tradicional chinesa, de referência em Portugal, apesar destes não terem reconhecimento governamental, ou seja, estas escolas oficialmente, de acordo com a regulamentação do ensino português não possuíam o estatuto de institutos de ensino superior. A Delegação visitou, então, a Escola de Medicina Tradicional Chinesa de Lisboa, a Universidade de Medicina Tradicional, e o Instituto de Medicina Tradicional de Portugal. Segundo declarações realizadas no portal do Governo da Região Administrativa Especial de Macau a Universidade de Medicina Tradicional seria a primeira escola de ensino superior em medicina tradicional chinesa no estrangeiro aprovada pelo Ministério de Educação da China. No entanto, como referido este estabelecimento não era reconhecido pelas autoridades portuguesas como instituto de ensino superior, o que revela todo o empenho do governo de Macau para que estas práticas de saúde sejam aceites e reconhecidas pelo nosso país.

Em junho de 2017 o Parque Científico e Industrial, organiza com a coorganização do Instituto de Medicina Tradicional e da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, o III Fórum Internacional de Medicina Tradicional e Complementar, na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. Este III Fórum contou com a participação de representantes oficiais, especialistas, investigadores e profissionais da República Popular da China, de Macau, da União Europeia e dos Países de Língua Portuguesa.

Em setembro de 2017, na sequência de convite realizado pelas autoridades de Macau, a Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa (FFUL) celebrou um protocolo de cooperação com o Parque Científico e Industrial que tinha como finalidade a investigação científica na área da avaliação da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos tradicionais. Para além dessa parceria o Parque Científico e Industrial estabeleceu acordos de cooperação com a Associação Portuguesa de Suplementos Alimentares, a Sociedade Portuguesa de Fitoquímica e Fitoterapia (SPFito), o extinto Instituto de Medicina Tradicional de Portugal e o Instituto Politécnico de Setúbal.

O Instituto de Medicina Tradicional de Portugal, extinto em 2021, em junho de 2015, celebrou um Memorando de Cooperação com o Parque Científico e Industrial que estabelecia entre as duas organizações uma cooperação relativamente “à formação de

recursos humanos da medicina tradicional, à divulgação da cultura da mesma, à realização de convenções e exposições, à I&D, entre outros aspectos”<sup>389</sup>.

O Parque Científico e Industrial foi o patrocinador da quarta edição das Jornadas de Medicina Tradicional Chinesa, organizadas pelo Instituto de Medicina Tradicional de Lisboa, em 2017, que decorreram no Centro Científico e Cultural de Macau<sup>390</sup>. Nas Jornadas participaram responsáveis dos ministérios da economia e da saúde de Portugal e da Direção-Geral de Alimentação e Veterinária, organismo português responsável pela aprovação dos suplementos alimentares e devido a isso de grande interesse para a China.

A Associação Portuguesa de Suplementos Alimentares e o Parque Científico e Industrial “comprometeram-se a proporcionar informação, plataformas, recursos, entre outras formas de apoio, ao registo de suplementos alimentares e ao comércio de importação e exportação”<sup>391</sup>.

A cooperação entre a Sociedade Portuguesa de Fitoquímica e Fitoterapia e o Parque Industrial teve como finalidade “promover negócios, formação profissional e atividades educacionais superiores, desenvolvendo uma parceria no que respeita ao registo mundial, comercialização e supervisão comercial de produtos fitobiológicos”<sup>392</sup>.

Por último o Instituto Politécnico de Setúbal celebrou com o Parque, em 2018, um protocolo que tinha como finalidade solidificar a cooperação académica de forma a criar projetos na educação e formação de medicina tradicional e ensino de línguas.

Para além das iniciativas desenvolvidas pelo Parque Científico e Industrial, outras entidades governamentais de Macau têm promovido ações económicas, comerciais, académicas e culturais no nosso país que têm como principal objetivo promover o desenvolvimento da medicina tradicional chinesa, apesar de não podermos analisar de forma crítica todas elas, nos debruçaremos naquelas que nos parecem mais pertinentes.

Em setembro de 2017 o Secretário para os Assuntos Sociais e Cultura, Alexis Tam, durante uma visita oficial a Portugal teve um colóquio com o Secretário de Estado

---

<sup>389</sup> Site do Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong-Macau: <https://pe.gmtcnpark.com/list/10.html>

<sup>390</sup> O Centro Científico e Cultural de Macau, de acordo com o seu site, é “ *um instituto público integrado na administração indireta do Estado e sob tutela do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*”, “*dotado de autonomia administrativa e património próprio*”.

<sup>391</sup> <http://120.76.102.23/rp/cooperacao-119.html>

<sup>392</sup> Site do Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong-Macau: <https://pe.gmtcnpark.com/list/10.html>



da Saúde, Dr. Manuel Delgado, que serviu não só para consolidar a cooperação entre os dois países a nível da competitividade económica e comercial dos produtos e medicamentos farmacêuticos convencionais mas também para discutir e aprofundar a cooperação entre as duas partes na área dos medicamentos de medicina tradicional chinesa, assim como no âmbito da formação de recursos humanos em Medicina tradicional chinesa.

Durante a visita oficial do Chefe do Executivo do Governo da Região Administrativa Especial de Macau, Chui Sai On, a Portugal, em maio de 2019 ocorreram vários eventos sociais, económicos, académicos e políticos que tiveram como objetivo solidificar as relações de cooperação entre Portugal e Macau. Um desses eventos foi a inauguração do Fórum Internacional de Desenvolvimento da Medicina Tradicional 2019 (Europa e África), que ocorreu em Lisboa e foi organizado conjuntamente pelo Governo da Região Administrativa Especial de Macau (RAEM) e pela Administração Estatal da Medicina Tradicional Chinesa da República Popular da China, e coordenado pelo Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong e Macau. Este Fórum para além de possibilitar a discussão sobre qual o papel que os Jovens Médicos de Medicina Tradicional Chinesa podem desempenhar no desenvolvimento da Medicina Chinesa, as políticas de ingresso aos mercados dos países europeus e africanos, assim como sobre o registo e comercialização internacionais dos “talentos” e da indústria de Medicina Tradicional<sup>393</sup>, promoveu a criação de uma “plataforma de intercâmbio para os registos internacionais e de cooperação comercial entre os governos, empresas e instituições relacionados com a Medicina Tradicional e com a indústria da saúde dos próprios países”<sup>394</sup>. Esta plataforma designada como “Base de Intercâmbio Internacional entre Jovens Médicos de Medicina Tradicional”, tem como finalidade não só estabelecer “uma inter-relação entre os jovens médicos de MTC da China, (incluindo os da Grande Baía Guangdong-Hong Kong-Macau) e os jovens amadores de MTC dos países lusófonos” mas também com os jovens médicos de MTC de todo o mundo<sup>395</sup>.

---

<sup>393</sup> Portal do Governo da Região Administrativa Especial de Macau da República Popular da China: <https://www.gov.mo/pt/noticias/201004/>

<sup>394</sup> Portal do Governo da Região Administrativa Especial de Macau da República Popular da China: <https://www.gov.mo/pt/noticias/201004/>

<sup>395</sup> Portal do Governo da Região Administrativa Especial de Macau da República Popular da China: <https://www.gov.mo/pt/noticias/201004/>

O Fundo para o Desenvolvimento das Ciências e da Tecnologia (FDCT) de Macau que tem como finalidade o financiamento de projetos que promovam a “capacidade de investigação científica, inovação e competitividade da Região Administrativa Especial de Macau”<sup>396</sup>, e a Fundação Para a Ciência e a Tecnologia de Portugal (FDCT), no âmbito de acordo celebrado entre as duas instituições em fevereiro de 2017, que tinha o objetivo de promover “a cooperação entre as instituições de investigação e desenvolvimento de Macau e Portugal”<sup>397</sup> abriram em 2019 o 1º concurso bilateral para o financiamento de projetos conjuntos de Investigação Científica e Desenvolvimento Tecnológico que inicialmente sob proposta do FDCT, tinha como finalidade também o apoio financeiro a projetos de medicina tradicional chinesa. Tal não se concretizou apesar desta informação ter sido noticiada por vários meios de comunicação portugueses e macaenses (por exemplo Diário de Notícias e a Tribuna de Macau). Isto, no entanto, revela o esforço e empenho realizado por Macau para o desenvolvimento e aceitação académica e social da Medicina Tradicional Chinesa no nosso país.

Perante toda a nossa exposição relativa às diversas ações desempenhadas pelo governo de Macau, nas últimas décadas, no nosso país a nível da medicina tradicional chinesa, é possível concluir que a relação histórica de cooperação entre Portugal e Macau contribuiu para a aceitação social e reconhecimento oficial da medicina tradicional chinesa no nosso país, na medida em que foi desempenhado um esforço estratégico por parte de Macau para que a medicina tradicional chinesa ocupasse nessa relação de cooperação uma posição de privilégio e primazia.

---

<sup>396</sup> Portal do Governo da Região Administrativa Especial de Macau da República Popular da China: <https://www.gov.mo/pt/entity-page/entity-83/>

<sup>397</sup> Site da Fundação para a Ciência e Tecnologia: <https://www.fct.pt/apoios/cooptrans/macau/index.phtml>

## Capítulo VII – Metodologia

Neste capítulo são delineadas as opções metodológicas adotadas na investigação empírica apresentada no capítulo VIII. Este capítulo, apresenta e descreve a metodologia seguida na operacionalização do estudo empírico realizado nesta investigação, nomeadamente explica quais os procedimentos, métodos e técnicas utilizados na coleta de dados e processamento de informação.

### 7.1 Metodologia do estudo empírico

Na nossa investigação, tendo em atenção o objeto de estudo que consideramos complexo, optámos pela combinação de metodologias de forma transdisciplinar, nomeadamente optámos por conjugar a visão da análise quantitativa com a visão processual da análise qualitativa. Uma abordagem mista ao objeto de estudo parece-nos a mais correta para a compreensão de um fenómeno que carece de ser entendido nas suas vertentes históricas, sociais, políticas e económicas. A metodologia de investigação escolhida foi deste modo o Estudo de Caso que engloba a análise qualitativa e quantitativa (Yin, 2001), e permite examinar um fenómeno/ evento contemporâneo no seu contexto natural, recolher dados em múltiplas fontes, e não utiliza qualquer tipo de controle ou manipulação (Benbasat et al. , 1987) , contribuindo deste modo “... *de forma inigualável, para a compreensão que temos dos fenómenos individuais, organizacionais, sociais e políticos*”<sup>398</sup> (Yin, 2001). Na nossa investigação optamos, então, pela metodologia de Estudo de Caso devido o nosso objeto ser um fenómeno contemporâneo, “...definido pelo interesse em casos individuais, ser um caso específico, bem delimitado, contextualizado em tempo e lugar...” e estar centralizado no caso “ múltiplo, nos quais vários estudos são conduzidos simultaneamente: vários indivíduos, várias organizações, por exemplo” (Ventura , 2007, p. 384). Para além disso o Estudo de Caso possibilita a análise do objeto de estudo não apenas como “... o caso em si, como algo à parte, mas o que ele representa dentro do todo e a partir daí” (Ventura, 2007, p. 386), ou seja, permitiu que estudássemos o processo de regulamentação das MAC em Portugal como fenómeno inserido num contexto político, económico, científico, cultural e social. O Estudo de Caso é deste modo a metodologia mais adequada para o nosso estudo ao ser uma metodologia que possibilita uma maior compreensão de fenómenos organizacionais e políticos (Yin,

---

<sup>398</sup> O livro não estava paginado.

2003) e ao abranger não só uma metodologia qualitativa mas também quantitativa e assim conceder uma maior credibilidade aos dados recolhidos (Bryman, 2004; Voniaty et al. 2018).

Segundo Gil (cit. por Ventura, 2007) é possível definir quatro fases no Estudo de Caso:

a) delimitação da unidade-caso - Delimitar a unidade que constitui o caso, pesquisando “casos típicos (em função da informação prévia aparentam ser o tipo ideal da categoria), selecionando casos extremos (para fornecer uma ideia dos limites dentro dos quais as variáveis podem oscilar) e encontrando casos atípicos (por oposição, pode-se conhecer as pautas dos casos típicos e as possíveis causas dos desvios)” ( Ventura, 2007, p. 385).

b) coleta de dados - recolha dos dados através de várias técnicas quantitativas e qualitativas como observação, análise de documentos, entrevista formal ou informal, história de vida, aplicação de questionário com perguntas fechadas, levantamentos de dados, análise de conteúdo, etc. (Ventura, 2007, p. 285).

c) seleção, análise e interpretação dos dados - A terceira consiste na seleção, análise e interpretação dos dados.

d) elaboração do relatório - A quarta fase é representada pela elaboração dos relatórios parciais e finais.

## 7.2 Estratégia operacional

Nesta investigação utilizámos como estratégia operacional o mapeamento definido como “... *uma análise sistemática de um tipo particular de entidade social*” (Voniati, et al., 2018, p.19). Nesta investigação optamos pelo mapeamento, apesar de não existirem estudos científicos suficientes para o mapeamento como método (Voniati et al., 2018), devido este permitir em simultâneo uma abordagem quantitativa e qualitativa e possibilitar uma compreensão do objeto de estudo descritiva e explicativa, respondendo às questões “Como?” (estudos de caso descritivos) e “Porquê?” (estudos de casos explicativos) (Barañano, 2008; Ryan et al., 2002; Yin, 2003), apresentando-se deste modo como um Estudo de Caso.

Voniati et al. (2018) definem cinco características na análise de mapeamento:

- 1.º Definição clara do objeto de estudo – definir de forma clara o objeto de estudo, assim como a área geográfica abrangida e o período que será mapeado;
- 2.º A análise de mapeamento é de base populacional – A pesquisa não se baseia em uma amostra, mas na incorporação de todas as unidades de análise, ou seja, trabalha-se com uma população e não com uma amostra;
- 3.º Criação de um Mapping Index Card (MIC) – Criação de instrumento de registo específico que permita a registo da informação recolhida, designadamente que permita apreender as características das unidades de análise;
- 4.º Utilização de várias fontes de dados e técnicas de recolha de dados para cada MIC – utilização de múltiplas fontes e técnicas de recolha de dados, tais como entrevistas, análise documental, de arquivos e de websites;
- 5.º Os conteúdos recolhidos são redefinidos como dados - Após concluir o preenchimento dos MIC, os seus conteúdos são redefinidos como dados, para poderem ser analisados por meio de técnicas de análise de conteúdo qualitativas e/ou quantitativas.

O resultado de um mapeamento é uma mera contagem do número de entidades sociais mapeadas, mas o preenchimento de um MIC permite que obtenhamos mais informação que a mera contagem do número de entidades sociais mapeadas, tornando o mapeamento num instrumento gerador de informação (Voniati et al., 2018).

Podemos então concluir que o mapeamento permite “uma melhor organização do conhecimento, ao facilitar o processamento, exploração e comparação de informações complexas” (Voniati et al., 2018, p.18).

Para além do mapeamento foram utilizados como instrumentos de recolha de dados o questionário e a entrevista, constituídos por 6 questões de resposta aberta (foram definidas as mesmas questões para os dois instrumentos).

O Estudo de Caso, que utiliza como instrumentos de recolha de dados nesta investigação o mapeamento enquanto método, o questionário e a entrevista, permite deste modo observar, descrever, explorar e explicar aspetos específicos da regulamentação das TNC em Portugal, nomeadamente se o processo histórico-político-social de regulamentação em Portugal foi idêntico ou semelhante ao dos países da União Europeia.

Na realização desta investigação informamos que tivemos em atenção por um lado as limitações desta abordagem metodológica no que se refere nomeadamente à generalização das informações (Barañano, 2008) e por outro os princípios éticos exigidos por uma investigação científica tais como fiabilidade, honestidade, respeito e responsabilidade<sup>399</sup>.

---

<sup>399</sup> Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação, 2018

### 7.3 As questões que nortearam a investigação

O Estudo de Caso é normalmente organizado em torno de um pequeno número de questões relativas ao como e ao porquê do estudo (Ventura, 2007) pelo que neste estudo científico identificamos inicialmente as questões que nortearam esta investigação. As questões, corretamente elaboradas, permitem orientar todo o estudo, conduzindo toda a investigação, elegendo a bibliografia, as entrevistas exploratórias e a construção do modelo de análise (Quivy & Campenhoudt, 1998). Nesse sentido, tendo em atenção que o objeto de estudo desta investigação é a análise do processo de desenvolvimento das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) em Portugal no período que medeia entre a sua legalização (Lei N.º 45/2003) e a atualidade, definimos inicialmente várias questões para as quais pretendíamos obter resposta com este estudo. O nosso estudo pretende acrescentar conhecimento a uma nova realidade criada a partir de 2003, sendo deste modo nuclear para a nossa investigação responder à seguinte questão: “Como evoluíram as MAC em Portugal no novo quadro jurídico criado pela legalização das suas práticas terapêuticas?”. Esta pergunta, nuclear para esta investigação, é transformada na hipótese central do estudo empírico: Houve um aumento das MAC em Portugal com o novo quadro jurídico criado pela legalização das suas práticas terapêuticas. A formulação desta hipótese permitiu, por sua vez, formular o seguinte conjunto de questões cruciais para o nosso estudo:

- ✓ “A história das relações de cooperação entre Portugal e Macau contribuiu para a aceitação social e científica das MAC em Portugal?”
- ✓ “Os processos de regulamentação das MAC nos países da União Europeia apresentam características semelhantes ao processo de regulamentação em Portugal?”.
- ✓ “Os processos de regulamentação das MAC nos países não membros da União Europeia apresentam características semelhantes ao processo de regulamentação em Portugal?”.
- ✓ “Quantos profissionais das TNC tem cédula profissional atribuída pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP?”
- ✓ “Quantas cédulas profissionais em acupuntura, osteopatia, quiropraxia, medicina tradicional chinesa, naturopatia e fitoterapia foram atribuídas pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP?”
- ✓ “Quantos estabelecimentos das TNC licenciados existem em Portugal?”

- ✓ “Quais os distritos em Portugal com maior número de estabelecimentos das TNC licenciados?”
- ✓ “Quais as terapêuticas não convencionais legalizadas integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal?”
- ✓ “Qual a tipologia do licenciamento dos estabelecimentos das TNC em Portugal?”
- ✓ “Qual a tipologia dos Serviços dos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal?”
- ✓ “Quem são responsáveis pelos estabelecimentos e serviços das TNC?”
- ✓ “Os profissionais das TNC têm autonomia técnica e deontológica nos estabelecimentos e serviços das TNC?”.
- ✓ “Quantas irregularidades e infrações passíveis de contraordenação foram praticadas pelos estabelecimentos das TNC?”
- ✓ “Quantos processos de contra-ordenação foram instaurados aos estabelecimentos das TNC?”
- ✓ “Quantas reclamações existiram relativamente aos estabelecimentos das TNC e aos profissionais das TNC?”
- ✓ “Quais os ciclos de estudo das TNC acreditados?”
- ✓ “Que tipo de estabelecimentos de ensino têm ciclos de estudo das TNC acreditados?”
- ✓ “Quantos ciclos de estudo das TNC foram acreditados?”

No que se refere às duas primeiras questões enunciadas estas foram respondidas no Capítulo II e Capítulo VI



## **7.4 Operacionalização da Metodologia de Investigação**

Inicialmente foi realizado um estudo exploratório que tinha como objetivo não só aprofundar o conhecimento da realidade que se pretendia estudar como verificar a viabilidade do projeto de investigação pretendido. Nesse âmbito foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática e científica, através de várias fontes de informação científicas e informais que nos permitiram a recolha de dados formais e informais sobre a temática em estudo, designadamente teses de doutoramento e mestrado, artigos científicos, artigos de opinião, legislação nacional e internacional, trabalhos científicos, resultados de projetos de investigação internacionais, etc. Para além disso foi realizada consulta a websites de organismos nacionais e internacionais (tais como o da Entidade Reguladora da Saúde, do Serviço Nacional de Saúde, da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, da Organização Mundial de Saúde, da União Europeia, do National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), do House of Peers, do Conselho Europeu etc.), de associações e corporações de profissionais, de escolas e associações que lecionam cursos na área das TNC, e de bibliotecas de conhecimento científico online (tais como a da Cochrane, a da ScienceDirect, a da BMA Library, a da BMJ, a da Cochrane Complementary Medicine, etc.), etc.

Após delimitarmos a problemática que nos propusemos estudar, definirmos a hipótese de trabalho, assim como as questões de investigação, e elaborarmos todo o enquadramento teórico, construímos várias grelhas de análise, o nosso MIC - Mapa Index Card. Estas grelhas, enquanto instrumentos de registo, e forma de documentar toda a informação recolhida, permitiram responder às questões previamente definidas. Nestas grelhas foram definidas categorias e subcategorias que nos permitiram compreender de que forma os dados se distribuem relativamente a cada uma destas categorias estabelecidas previamente (Marconi & Lakatos, 1996 cit. por Oliveira, 2011).

Tendo em atenção, a hipótese de estudo, assim como as questões previamente definidas, e as próprias características estabelecidas nos sites da ERS – Entidade Reguladora da Saúde, da ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. e da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, as fontes de recolha dos nossos dados, construímos quatro grelhas com as seguintes categorias e subcategorias:

- Grelha 1 – “*Estabelecimentos das TNC Licenciados<sup>400</sup> por Distrito*” – Nesta Grelha definimos as seguintes categorias e subcategorias:

- ✓ Nome do Estabelecimento das TNC - Identificação do estabelecimento pela sua designação. Nesta pesquisa constatámos que existiam muitos estabelecimentos das TNC com o mesmo nome pelo que estes foram distinguidos pelo número de licença;
- ✓ Distrito – Identificação dos Estabelecimentos das TNC nos 18 distritos existentes em Portugal (ou seja, 18 subcategorias definidas);
- ✓ Responsável Técnico do Estabelecimento das TNC – Identificação profissional do responsável técnico do estabelecimento das TNC. Nesta categoria foram definidas as subcategorias: médico, terapeuta das TNC e outro técnico;
- ✓ Tipologia de Licenciamento – Identificação da tipologia dos estabelecimentos que tinham como prestação de serviços as terapêuticas não convencionais. Nesta categoria, apesar de no site da ERS - Entidade Reguladora da Saúde serem considerados outros estabelecimentos de saúde tais como as clínicas dentárias, nós apenas definimos como subcategorias para o nosso trabalho, devido nos parecerem estas as que demonstravam pertinência para o mesmo, as clínicas ou consultórios médicos e as clínicas de terapêuticas não convencionais<sup>401</sup>;
- ✓ Terapêuticas Não Convencionais – Identificação das terapêuticas não convencionais exercidas nos serviços de saúde dos estabelecimentos das TNC. Nesta categoria identificámos as subcategorias acupuntura, osteopatia, naturopatia, fitoterapia, medicina tradicional chinesa, quiropraxia e homeopatia. A homeopatia foi considerada, apesar de não ser possível obter cédula profissional nesta modalidade das terapêuticas não convencionais, porque constámos que existiam, ainda que em número reduzido, estabelecimentos com este serviço;
- ✓ Responsável Técnico do Serviço das TNC - Identificação profissional do responsável técnico do serviço das TNC. Nesta categoria foram definidas as subcategorias médico, terapeuta das TNC e outro técnico;
- ✓ Tipologia dos Serviços dos Estabelecimentos das TNC licenciados – Identificação do número de terapêuticas não convencionais legalizadas exercidas em cada um dos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados, ou seja, identificação dos

---

<sup>400</sup> Esta grelha está nos anexos do presente trabalho.

<sup>401</sup> No site da ERS – Entidade Reguladora da Saúde no licenciamento dos estabelecimentos de saúde a designação utilizada é Terapêuticas Não Convencionais e não estabelecimentos ou clínicas de Terapêuticas Não Convencionais

estabelecimentos das TNC licenciados com a prática de uma, de duas, de três, de quatro, de cinco, de seis ou de sete terapêuticas não convencionais legalizadas nos seus serviços.

- Grelha 2 – *“Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados<sup>402</sup> por Distrito”* – Nesta Grelha estabelecemos sete categorias:

- ✓ Nome do Estabelecimento Com Acupuntura – Identificação dos estabelecimentos com licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais e dos estabelecimentos com licenciamento tanto em “clínicas ou consultórios médicos” como em terapêuticas não convencionais, por distrito, com serviço de acupuntura;
- ✓ Nome do Estabelecimento Com Fitoterapia - Identificação dos estabelecimentos com licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais e dos estabelecimentos com licenciamento tanto em “clínicas ou consultórios médicos” como em terapêuticas não convencionais, por distrito, com serviço de fitoterapia;
- ✓ Nome do Estabelecimento Com Osteopatia - Identificação dos estabelecimentos com licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais e dos estabelecimentos com licenciamento tanto em “clínicas ou consultórios médicos” como em terapêuticas não convencionais, por distrito, com serviço de osteopatia;
- ✓ Nome do Estabelecimento Com MTC - Identificação dos estabelecimentos com licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais e dos estabelecimentos com licenciamento tanto em “clínicas ou consultórios médicos” como em terapêuticas não convencionais, por distrito, com serviço de MTC;
- ✓ Nome do Estabelecimento Com Quiropraxia - Identificação dos estabelecimentos com licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais e dos estabelecimentos com licenciamento tanto em “clínicas ou consultórios médicos” como em terapêuticas não convencionais, por distrito, com serviço de quiropraxia;

---

<sup>402</sup> Esta grelha está nos anexos do presente trabalho.

- ✓ Nome do Estabelecimento Com Naturopatia - Identificação dos estabelecimentos com licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais e dos estabelecimentos com licenciamento tanto em “clínicas ou consultórios médicos” como em terapêuticas não convencionais, por distrito, com serviço de naturopatia;
- ✓ Nome do Estabelecimento Com Homeopatia - Identificação dos estabelecimentos com licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais e dos estabelecimentos com licenciamento tanto em “clínicas ou consultórios médicos” como em terapêuticas não convencionais, por distrito, com serviço de homeopatia.

- Grelha 3 – “*Lista de Cédulas Profissionais das TNC*” – Nesta grelha definimos duas categorias e seis subcategorias:

- ✓ Cédulas Profissionais das TNC Registadas na Antiga Plataforma – Identificação do número de cédulas profissionais por cada uma das terapêuticas não convencionais legalizadas, designadamente naturopatia, quiropraxia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, acupuntura e fitoterapia;
- ✓ Cédulas Profissionais das TNC Registadas na Nova Plataforma - Identificação do número de cédulas profissionais por cada uma das terapêuticas não convencionais legalizadas, designadamente naturopatia, quiropraxia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, acupuntura e fitoterapia.

- Grelha 4 – “*Ciclos de Estudos das TNC*” – Nesta grelha definimos as seguintes categorias e subcategorias:

- ✓ Ciclos de Estudos – Identificação dos ciclos de estudos acreditado;
- ✓ Instituição de Ensino Superior – Identificação da Instituição de Ensino Superior na qual foi acreditado ciclo de estudos relativo a uma das TNC;
- ✓ Unidade Orgânica – Identificação da Unidade Orgânica na qual foi acreditado ciclo de estudos relativo a uma das TNC;
- ✓ Natureza Jurídica – Identificação da natureza jurídica da Instituição de Ensino Superior na qual foi acreditado ciclo de estudos relativo a uma das TNC, nomeadamente identificação da subcategoria ensino público ou ensino privado;

- ✓ Tipo de Ensino – Identificação do tipo de ensino, nomeadamente identificação das subcategorias universitário ou politécnico;
- ✓ Grau – Identificação do grau académico que o ciclo de estudos relativo a uma das TNC possibilita, designadamente identificação das subcategorias licenciatura, mestrado e doutoramento;
- ✓ Decisão – Identificação das subcategorias acreditado ou não acreditado;
- ✓ Anos – Identificação do número de anos de acreditação;
- ✓ Data – Identificação da data de publicação da decisão de acreditado ou não acreditado.

A *Grelha 1 – “Estabelecimentos das TNC Licenciados por Distrito”* - permitiu identificar quantos estabelecimentos das TNC licenciados existem nos 18 distritos de Portugal, quais são as terapêuticas não convencionais integradas nos serviços dos estabelecimentos licenciados, quais são os profissionais responsáveis pelos estabelecimentos licenciados, quais são os profissionais responsáveis pelos serviços das TNC, qual a tipologia de licenciamento dos estabelecimentos que prestam serviço na área das TNC e qual a tipologia dos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados.

A *Grelha 2 – “Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados por Distrito”* - permitiu saber, a nível distrital, quantos estabelecimentos licenciados nas terapêuticas não convencionais têm o serviço de acupuntura, naturopatia, fitoterapia, quiropraxia, homeopatia, medicina tradicional chinesa e osteopatia e qual destas terapêuticas é mais integrada pelos serviços dos estabelecimentos das TNC por distrito.

A *Grelha 3 – “Lista de Cédulas Profissionais das TNC”* - possibilitou identificar o número de cédulas profissionais emitidas pela ACSS relativamente a cada uma das terapêuticas regulamentadas, nomeadamente à acupuntura, naturopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, fitoterapia e quiropraxia.

A *Grelha 4 – “Ciclos de Estudos das TNC”* - permitiu identificar quais os ciclos de estudos das terapêuticas não convencionais acreditados desde a sua regulamentação, quais as instituições de ensino que obtiveram a acreditação de ciclos de estudos de terapêuticas não convencionais, o número de anos de acreditação, o tipo de ensino, a natureza jurídica das instituições às quais foram acreditados ciclos de estudo referentes

às TNC, quando os ciclos de estudos das terapêuticas não convencionais foram acreditados e qual o grau académico que os ciclos de estudos das terapêuticas não convencionais concede.

Estas quatro grelhas foram preenchidas com dados recolhidos, nos anos 2021 e 2022, no site da Entidade Reguladora da Saúde, da ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P., e da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. No que se refere à Grelha 1 e à Grelha 2 foi recolhida informação relativamente a cada um dos 18 distritos de Portugal. Relativamente aos arquipélagos da Madeira e dos Açores não foi possível preencher as Grelhas 1 e 2 devido não existir qualquer registo de estabelecimentos das Terapêuticas Não Convencionais. Na Grelha 2 não tivemos em atenção os estabelecimentos das TNC em processo de licenciamento e os estabelecimentos com licenciamento nas “clínicas ou consultórios médicos”, mas sem licenciamento nas Terapêuticas Não Convencionais. No somatório das frequências das categorias da Grelha 2 apenas foram considerados os estabelecimentos com licenciamento nas terapêuticas não convencionais e os estabelecimentos com licenciamento tanto em “clínicas ou consultórios médicos” como nas terapêuticas não convencionais.

A Grelha 3 não teve em atenção a homeopatia devido o ciclo de estudos, conducente ao grau de licenciatura exigido para obter a cédula profissional, não ter sido ainda regulamentado. Os dados da Grelha 3 foram recolhidos em duas plataformas com o registo de cédulas profissionais emitidas das terapêuticas não convencionais, do portal da ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.. No portal da ACSS inicialmente apenas existia uma destas plataformas, posteriormente foi criada uma segunda plataforma designada no próprio portal como “Nova plataforma”. As duas plataformas têm a mesma função, apesar de operacionalizadas de forma diferente, ou seja, ambas permitem consultar a lista de cédulas profissionais das TNC emitidas pela ACSS. No que se refere à osteopatia e acupuntura verificou-se que existia duplicação do registo das cédulas profissionais o que provocou que o cálculo total de cédulas profissionais registadas nessas duas terapêuticas dê-se erro.

Após construirmos e preenchermos as quatro grelhas realizámos uma análise estatística descritiva, que tinha como objetivo “...representar, de forma concisa, sintética e compreensível, a informação contida...” nestes quatro instrumentos, que concretizamos com a elaboração de tabelas e de gráficos, e no cálculo das frequências das categorias e

subcategorias que representam convenientemente a informação contida no conjunto de dados (Marconi & Lakatos, 1996, cit. por Oliveira, 2011, p. 49)

A análise estatística descritiva das grelhas possibilitou, então, a construção de algumas tabelas, gráficos e mapa que nos possibilitaram não só responder às questões previamente definidas como compreender melhor o processo de legalização das terapêuticas não convencionais em Portugal, assim como a evolução destas terapêuticas após a sua legalização. Para além destas tabelas, gráficos e mapa, construídos com base nas grelhas, construímos mais duas tabelas com dados enviados, na sequência de pedido formal realizado por nós, pela IGAS- Inspeção Geral das Atividades de Saúde<sup>403</sup>;

Esta pesquisa foi complementada com a aplicação de um questionário e duas entrevistas, a três profissionais das terapêuticas não convencionais reconhecidos nacionalmente. Na aplicação do questionário e das entrevistas foi solicitado consentimento informado. O questionário e as entrevistas eram constituídos por seis questões de resposta aberta, tendo sido definidas as mesmas questões para os dois instrumentos. A opção por estes dois instrumentos de recolha de dados deveu-se à própria disponibilidade dos participantes, tendo uns optado pelo questionário e outros pela entrevista, e ao facto de esta ser uma investigação não só de carácter quantitativo, mas também qualitativo. As entrevistas foram realizadas, online, através da aplicação ZOOM, simultaneamente, ou seja, ao mesmo tempo aos dois profissionais das TNC.

O questionário e as entrevistas<sup>404</sup> visavam a obtenção de dados sobre o processo de regulamentação das TNC em Portugal e internacionalmente, assim como a possível integração das TNC no sistema nacional de saúde, tentando obter os posicionamentos dos terapeutas não só relativamente a estas temáticas, mas também o seu posicionamento entre si, de modo a compreender por um lado as diferentes posições dos profissionais das TNC e por outro se os dados empíricos recolhidos por nós são corroborados de algum modo pelas suas afirmações. O procedimento técnico-metodológico utilizado na análise das respostas às entrevistas e ao questionário foi uma análise semântica que tem como

---

<sup>403</sup> “A IGAS é um serviço central da administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa, integrado no Ministério da Saúde”. (Informação obtida no site da IGAS <https://www.igas.min-saude.pt/category/sobre-nos/quem-somos/>). A IGAS, de acordo com o Decreto-Lei n.º 33/2012, de 13 de fevereiro, tem como missão é “auditar, inspecionar, fiscalizar e desenvolver a ação disciplinar no sector da saúde, com vista a assegurar o cumprimento da lei e elevados níveis técnicos de atuação em todos os domínios da atividade e da prestação dos cuidados de saúde desenvolvidos quer pelos serviços, estabelecimentos e organismos do Ministério da Saúde, adiante abreviadamente designado por MS, ou por este tutelados, quer ainda pelas entidades privadas, pessoas singulares ou coletivas, com ou sem fins lucrativos”.

<sup>404</sup> O questionário foi anexado ao presente trabalho.

finalidade “avaliar os significados de palavras, frases, sinais e símbolos” (Henkel, 2017, p. 787).



## **Capítulo VIII – Apresentação e Discussão dos Resultados**

Neste capítulo procede-se num primeiro momento à apresentação e análise dos resultados das tabelas, gráficos e mapa construídos tendo por base os dados da Grelha 1 – *Estabelecimentos das TNC Licenciados por Distrito* e da Grelha 2 – *Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados por Distrito*, recolhidos nos anos de 2021 e 2022, no site da Entidade Reguladora da Saúde. Num segundo momento são apresentados e analisados os resultados da tabela e gráfico elaborados tendo por base os dados da Grelha 3 - *Lista de Cédulas Profissionais das TNC*, recolhidos nos anos de 2021 e 2022, no site da ACSS, IP – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. Num terceiro momento apresenta-se e analisa-se a Tabela 8 - *Ações de Fiscalização Realizadas a Estabelecimentos das TNC* e a Tabela 9 - *Queixas e Reclamações*, realizadas com dados fornecidos pela IGAS- Inspeção Geral das Atividades de Saúde, referentes ao período entre 2017 e 2020. Num quarto momento é apresentada e analisada a Tabela 10 – *Ciclos de Estudos das TNC*, construída com dados da Grelha 4, recolhidos nos anos de 2021 e 2022, no site da Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior. Num quinto momento abordam-se os resultados do questionário e das entrevistas aplicados aos profissionais das TNC. Por último é apresentada a discussão dos resultados.

Neste Capítulo é importante sublinhar que neste estudo ao utilizarmos o verbo praticar, nas diferentes conjugações, estamos sempre a referirmos ao serviço de saúde que pode ser praticado nos estabelecimentos das TNC licenciados e não à prática efetiva destas terapêuticas. Isto é, a existência do registo da prática destas terapêuticas no serviço de saúde dos estabelecimentos das TNC licenciados não significa que estas sejam efetivamente praticadas, apenas revela que é um serviço disponível nestes estabelecimentos das TNC licenciados para os clientes que dele quiserem usufruir.

### **8.1 – Estabelecimentos das Terapêuticas Não Convencionais Licenciados em Portugal**

Tendo em atenção os dados da Grelha 1 e da Grelha 2 construímos a Tabela 1 – *Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal* e a Tabela 2 – *Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal*.

**Tabela 1 – Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal**

<b>Distrito</b>	<b>N.º Total de Estabelecimentos das TNC Licenciados</b>
Aveiro	85
Beja	8
Braga	56
Bragança	4
Castelo Branco	15
Coimbra	47
Évora	19
Faro	56
Guarda	19
Leiria	54
Lisboa	246
Portalegre	9
Porto	134
Santarém	53
Setúbal	75
Viana do Castelo	26
Vila Real	11
Viseu	29
<b>Número Total</b>	<b>946<sup>405</sup></b>

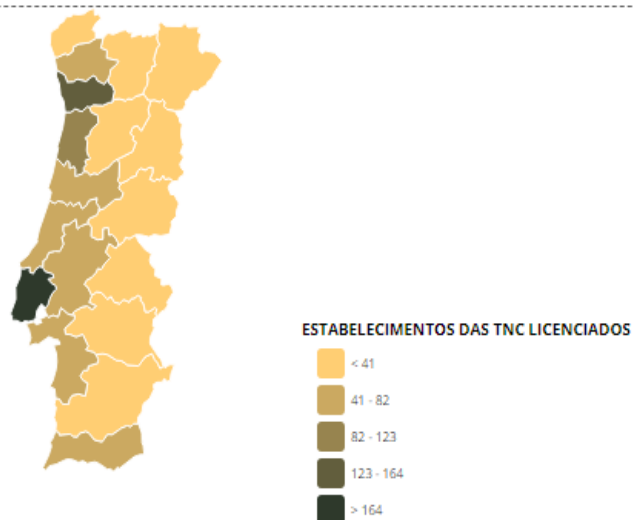
A Tabela 1, construída com dados recolhidos nos anos 2021 e 2022, tendo como fonte o site da ERS - Entidade Reguladora da Saúde, teve por base os 18 distritos de Portugal. Esta Tabela revela que em Portugal existem no total 946 estabelecimentos das TNC licenciados, distribuídos por todos os distritos do país, constatando-se que em todos os distritos, ainda que em alguns com um número bastante reduzido, existem estabelecimentos das TNC licenciados. O distrito de Lisboa é o que tem mais estabelecimentos das TNC licenciados com 246, seguido do distrito do Porto com 134. Nesta Tabela é demonstrado que o distrito de Bragança é o distrito com menor número de estabelecimentos das TNC licenciados com apenas 4, seguido pelo distrito de Beja

---

<sup>405</sup> Nesta tabela não foram considerados os estabelecimentos com licenciamento apenas em consultórios ou clínicas médicas.

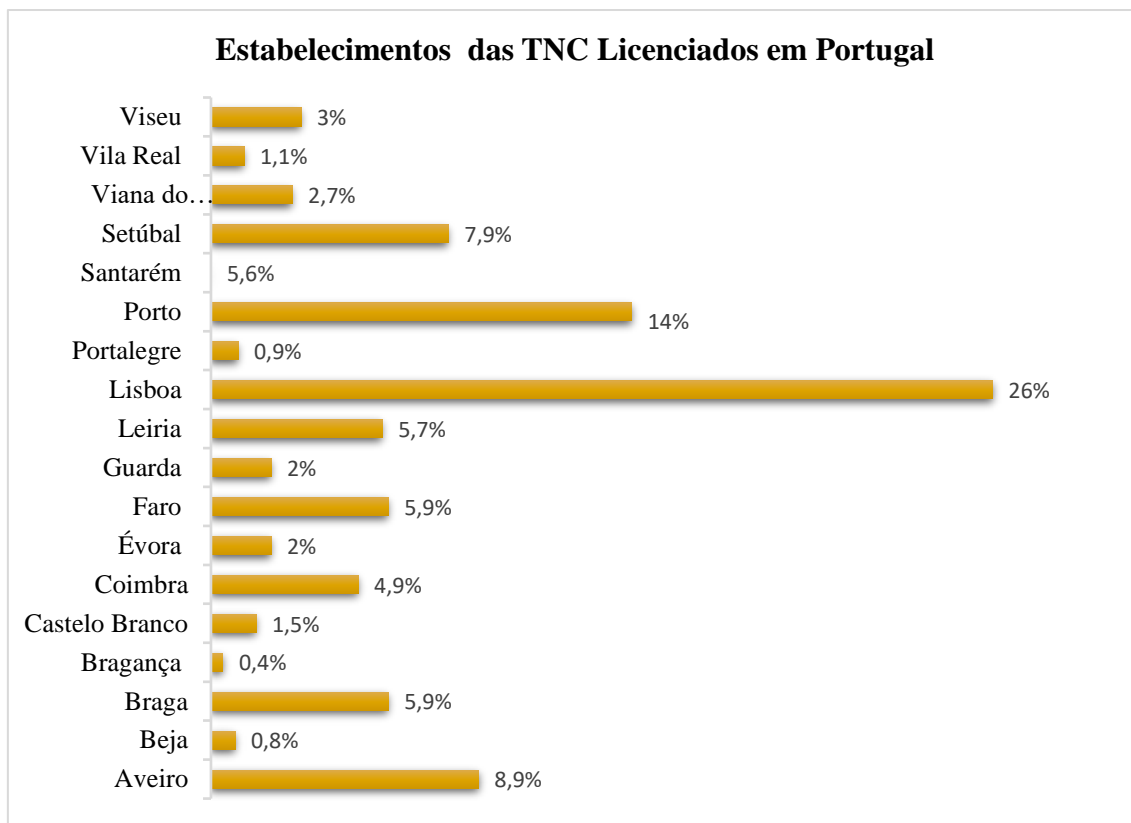
com 8, pelo distrito de Portalegre com 9 e pelo distrito de Vila Real com 11. Esta tabela permitiu por sua vez contruir os seguintes gráficos e mapa:

#### ESTABELECIMENTOS DAS TNC LICENCIADOS EM PORTUGAL



***Figura 1 -Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal***

Ao analisarmos o mapa de Portugal constatamos que Lisboa é o distrito com maior incidência de estabelecimentos das TNC licenciados. Para além disso constata-se uma maior incidência no litoral, designadamente no litoral norte. As zonas do interior são as que revelam menor número de estabelecimentos das TNC licenciados, verificando-se deste modo ao analisar o mapa que existe uma maior incidência nas zonas urbanas. A Região de Lisboa é a que apresenta maior incidência, seguida pela Região Centro, pela Região Norte, pela Região do Algarve e por último pela Região do Alentejo. A Região do Norte apesar de ter o segundo distrito com maior número de estabelecimentos das TNC licenciados, designadamente o Porto, não é a segunda Região do país com maior incidência, sendo como já referido a Região Centro a ocupar este segundo lugar.



***Figura 2 - Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal***

Neste gráfico que nos apresenta, a nível de percentagens, os estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal, por distrito, constatamos que todos os distritos apresentam percentagens inferiores a 50%, sendo o distrito de Lisboa o que apresenta uma percentagem mais elevada com 26%, seguido pelo distrito do Porto que, no entanto, apresenta apenas 14% quase metade do distrito de Lisboa. Os distritos de Bragança, Beja e Portalegre apresentam percentagens inferiores a 1%. O distrito de Vila Real e Castelo Branco apresentam uma percentagem um pouco acima do 1%. O distrito de Viseu, de Viana do Castelo, da Guarda e de Évora apresentam percentagens entre 2% e 3%. O distrito de Coimbra apresenta uma percentagem de 4,9%. O distrito de Santarém, de Leiria, de Faro e de Braga apresentam uma percentagem superior a 5% mas inferior a 6%. Por último o distrito de Setúbal que apresenta uma percentagem de 7,9% e de Aveiro que apresenta uma percentagem de 8,9%. O gráfico revela deste modo que temos uma maior incidência de estabelecimentos das TNC licenciados em Lisboa e Porto, seguidos pelos distritos de Aveiro e de Setúbal que apresentam a percentagem mais alta logo a seguir, ainda que bastante inferior a estes dois distritos. Os distritos da zona litoral, designadamente Aveiro, Setúbal, Santarém, Leiria, Braga e Faro são os distritos, com exceção de Lisboa e Porto, que apresentam percentagens mais elevadas. No que se refere

à divisão do país por região verificamos o seguinte: A Região de Lisboa, constituída pelos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal apresenta a maior percentagem com 39,5%; A Região Centro da qual fazem parte os distritos de Aveiro, Guarda, Viseu, Coimbra, Castelo Branco e Leiria apresenta uma percentagem de 26%; A Região Norte composta pelos distritos de Viana do Castelo, Braga, Vila Real, Bragança e Porto apresenta uma percentagem de 24,1 %; A Região de Algarve constituída pelo distrito de Faro apresenta uma percentagem de 5,9 %; E por último a Região do Alentejo com os distritos de Beja, Évora e Portalegre que apresenta a percentagem mais baixa com 3,7% .

### **8.1.1 Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal**

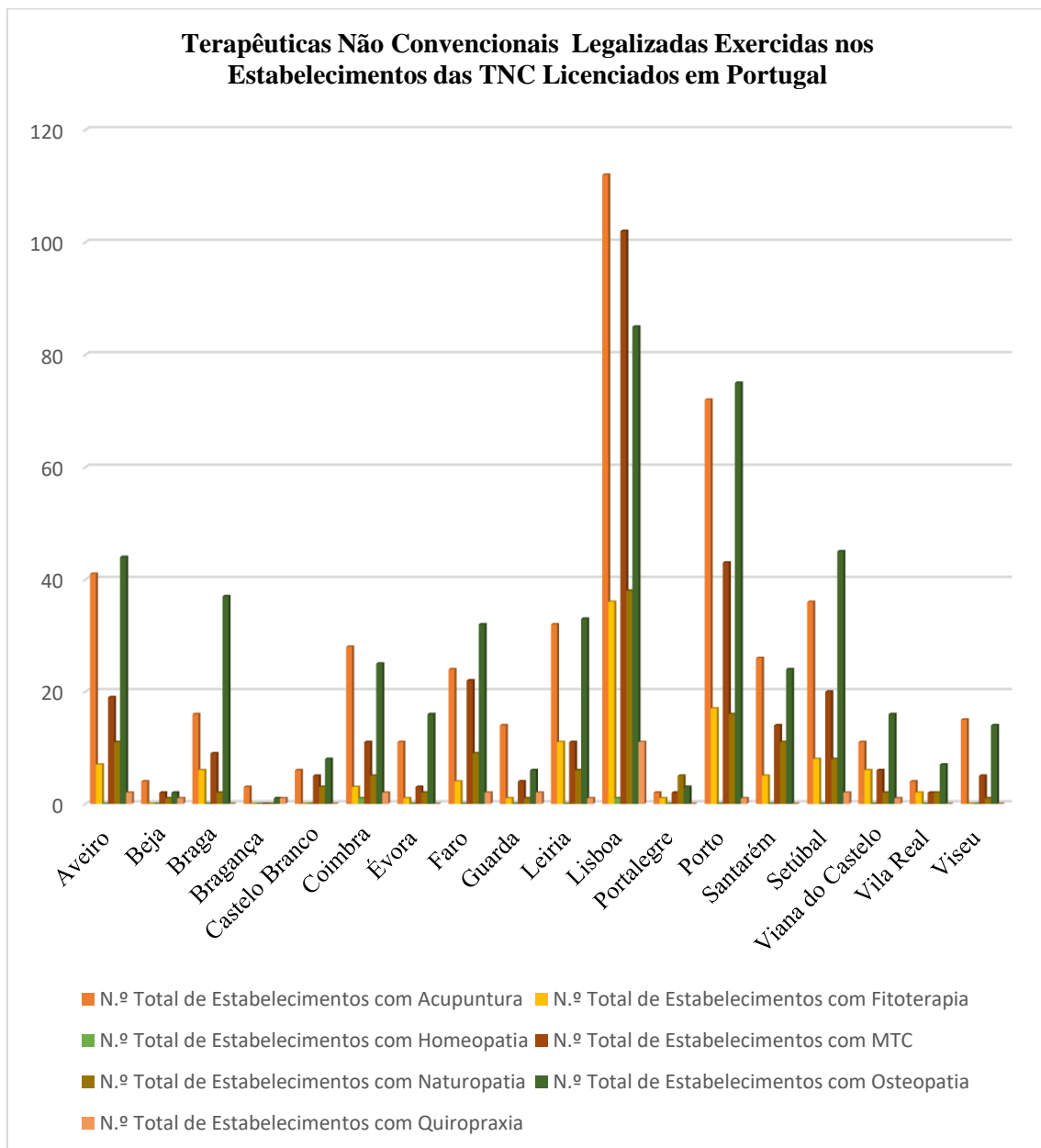
No que se refere à análise das terapêuticas não convencionais legalizadas praticadas nos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal, esta foi realizada através da construção da Tabela 2, do gráfico da Figura 3 e do gráfico da Figura 4. A Tabela 2 revela, relativamente a cada uma das sete terapêuticas regulamentadas, quantos estabelecimentos das TNC licenciados as praticam por distrito. A homeopatia, apesar de reconhecida legalmente, devido o seu ciclo de estudos não ter sido regulamentado, e ser necessário ter o grau de licenciatura para obter a cédula profissional, não é possível exercer legalmente a sua profissão. No entanto, esta foi considerada como uma das nossas subcategorias devido se ter verificado, apesar do número mínimo, que alguns estabelecimentos das TNC licenciados tinham como um dos seus serviços de saúde a homeopatia. Esta situação verificou-se não só nos estabelecimentos tidos em consideração para o nosso estudo, ou seja, nos estabelecimentos com licenciamento nas terapêuticas não convencionais ou com licenciamento em ambas as tipologias, em terapêuticas não convencionais e em consultórios ou clínicas médicas, mas inclusive nos estabelecimentos de saúde com licenciamento apenas em clínicas ou consultórios médicos. Contudo é preciso sublinhar que o número de estabelecimentos com este serviço de saúde é muito reduzido.

**Tabela 2 – Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal**

	Estabelecimentos das TNC Licenciados						
<b>Distrito</b>	<b>Acupuntura</b>	<b>Fitoterapia</b>	<b>Homeopatia</b>	<b>Medicina Tradicional Chinesa</b>	<b>Naturopatia</b>	<b>Osteopatia</b>	<b>Quiropraxia</b>
Aveiro	41	7	0	19	11	44	2
Beja	4	0	0	2	1	2	1
Braga	16	6	0	9	2	37	0
Bragança	3	0	0	0	0	1	1
Castelo Branco	6	0	0	5	3	8	0
Coimbra	28	3	1	11	5	25	2
Évora	11	1	0	3	2	16	0
Faro	24	4	0	22	9	32	2
Guarda	14	1	0	4	1	6	2
Leiria	32	11	0	11	6	33	1
Lisboa	112	36	1	102	38	85	11
Portalegre	2	1	0	2	5	3	0
Porto	72	17	0	43	16	75	1
Santarém	26	5	0	14	11	24	0
Setúbal	36	8	0	20	8	45	2
Viana do Castelo	11	6	0	6	2	16	1
Vila Real	4	2	0	2	2	7	0
Viseu	15	0	0	5	1	14	0
<b>Número Total</b>	<b>457</b>	<b>108</b>	<b>2</b>	<b>280</b>	<b>123</b>	<b>473</b>	<b>26</b>

Esta tabela revela que em Portugal existem 457 estabelecimentos com acupuntura, 108 com fitoterapia, 2 com homeopatia, 280 com MTC, 123 com naturopatia, 473 com osteopatia e 26 com quiropraxia. A acupuntura, a osteopatia e a MTC são as terapêuticas mais integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal, sendo entre estas três terapêuticas, a osteopatia a mais integrada nos serviços de saúde dos estabelecimentos das TNC licenciados, seguida da acupuntura e da MTC. Isto apesar da acupuntura ser muito mais divulgada pelos meios de comunicação social. A quiropraxia apresenta um número, a nível nacional muito reduzido, existindo apenas 26 estabelecimentos das TNC licenciados a praticar esta terapêutica. Constatamos inclusive que existem vários distritos, nomeadamente o distrito de Braga, Castelo Branco, Évora, Portalegre, Santarém, Vila Real e Viseu, que não possuem estabelecimentos das TNC licenciados a praticar esta terapêutica, concluindo, deste modo, que existe grande evidência que esta prática poderá não ser exercida nestes distritos nacionais. No que se refere à fitoterapia, à MTC e à naturopatia existem também distritos nos quais os estabelecimentos das TNC licenciados existentes nesses distritos não têm integrados nos

seus serviços de saúde estas terapêuticas ao contrário da osteopatia e da acupuntura que têm registo de estabelecimentos das TNC licenciados a praticá-las em todos os distritos nacionais. A fitoterapia não tem estabelecimentos das TNC licenciados com a sua prática em Beja, Bragança, Castelo Branco e Viseu. A MTC, por sua vez, também não tem registo de estabelecimentos das TNC licenciados com a sua prática no distrito de Bragança. Por último a Naturopatia que também não tem registo de estabelecimentos das TNC licenciados com a sua prática no distrito de Bragança.

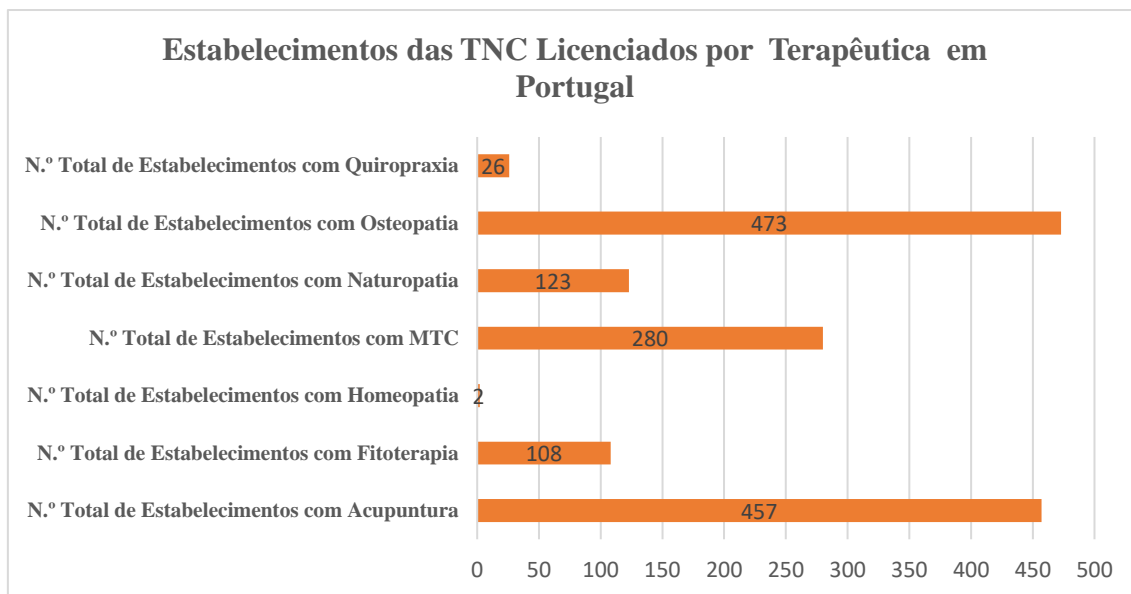


**Figura 3 - Terapêuticas Não Convencionais Legalizadas Exercidas nos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal**

No gráfico apresentado na figura 3 é demonstrado de forma bastante clara os distritos de Portugal que têm maior incidência de estabelecimentos das TNC licenciados e qual a terapêutica integrada nos serviços de saúde desses estabelecimentos que tem maior incidência nesses distritos.

No gráfico é possível visualizar que a osteopatia, a acupuntura e a MTC são as terapêuticas mais integradas nos serviços de saúde dos estabelecimentos das TNC licenciados, em Portugal. O distrito de Lisboa é aquele que apresenta um maior número de estabelecimento das TNC licenciados. Contudo verifica-se que apesar da osteopatia ser a terapêutica a nível nacional com maior incidência nos estabelecimentos das TNC licenciados, a nível distrital nem sempre tal sucede, como é o caso do distrito de Lisboa, em que a acupuntura seguida da MTC, são as terapêuticas que mais integram os serviços de saúde dos estabelecimentos das TNC licenciados. Ao analisarmos o gráfico, constatamos que apesar disso, a osteopatia é a terapêutica mais integrada pelos serviços de saúde dos estabelecimentos das TNC licenciados a nível distrital, seguida pela acupuntura. O gráfico demonstra que em 10 distritos a osteopatia é a terapêutica com maior incidência nos estabelecimentos das TNC licenciados (Aveiro, Braga, Castelo Branco, Évora, Faro, Leiria, Porto, Setúbal, Viana do Castelo e Vila Real), que em 7 distritos (Coimbra, Beja, Bragança, Guarda, Lisboa, Santarém e Viseu) é a acupuntura e em 1 distrito (Portalegre) é a naturopatia. A MTC, apesar de em nenhum dos distritos se apresentar como a terapêutica com maior incidência nos estabelecimentos das TNC licenciados, é a terceira terapêutica mais integrada pelos serviços de saúde dos estabelecimentos das TNC licenciados a nível nacional. A quiropraxia é a terapêutica que apresenta menor incidência nos estabelecimentos das TNC licenciados a nível nacional.





***Figura 4 - Estabelecimentos das TNC Licenciados por Terapêutica em Portugal***

No gráfico da Figura 4 é demonstrado quantos estabelecimentos das TNC licenciados existem com cada uma das terapêuticas legalizadas, em Portugal. Este gráfico revela que as terapêuticas não convencionais mais integradas nos serviços de saúde dos estabelecimentos das TNC licenciados, em Portugal, são a osteopatia, acupuntura e MTC. A osteopatia é a terapêutica com maior incidência nos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal, com 473 estabelecimentos, seguida da acupuntura com 457 estabelecimentos e da MTC com 280 estabelecimentos. As restantes terapêuticas apresentam números bastantes inferiores, revelando que a sua prática em Portugal pode deste modo ser inferior e nalguns casos pouco significativa, como é o caso da quiropraxia e homeopatia.

### 8.1.2 Tipologia dos Serviços das TNC dos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal

Na próxima tabela e gráfico é apresentada a tipologia dos serviços das TNC dos estabelecimentos das TNC<sup>406</sup> licenciados em Portugal, ou seja, é revelado quantas terapêuticas legalizadas estão integradas nos serviços das terapêuticas não convencionais<sup>407</sup> desses estabelecimentos.

**Tabela 3 - Tipologia dos Serviços das TNC dos Estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal**

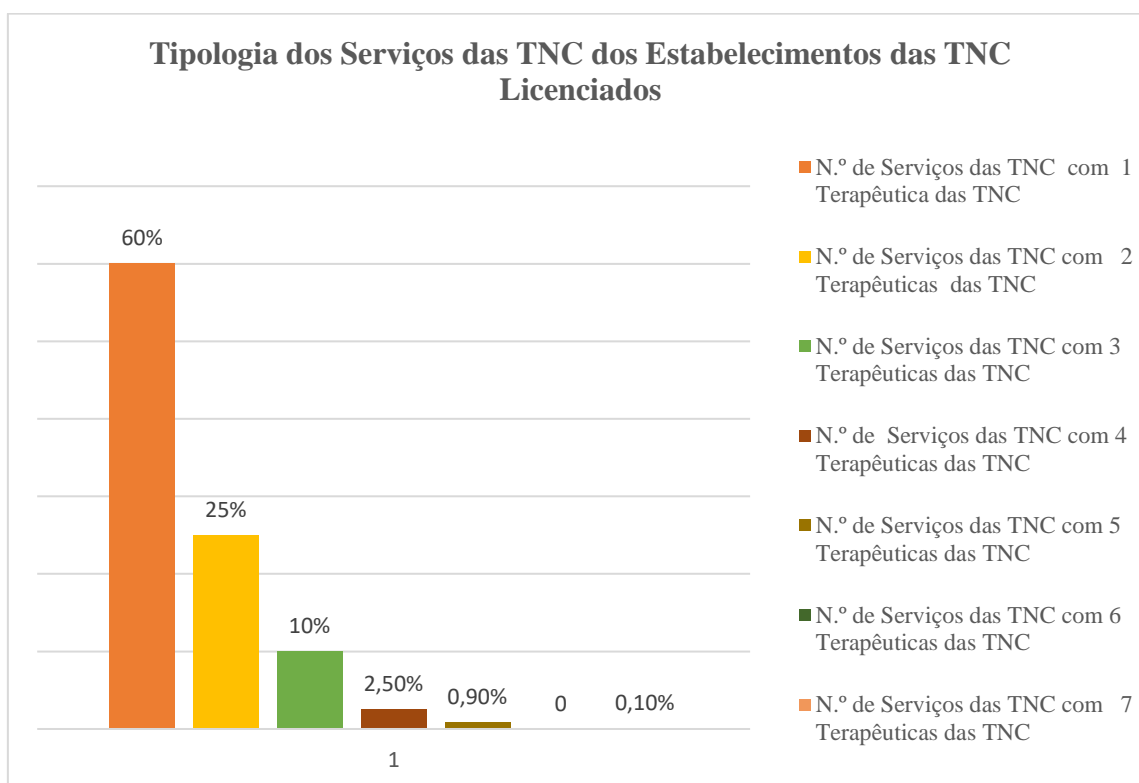
	<b>Número Total de Serviços das TNC dos Estabelecimentos das TNC Licenciados</b>
Serviços das TNC com 1 Terapêutica	<b>573</b>
Serviços das TNC com 2 Terapêuticas	<b>237</b>
Serviços das TNC com 3 Terapêuticas	<b>102</b>
Serviços das TNC com 4 Terapêuticas	<b>24</b>
Serviços das TNC com 5 Terapêuticas	<b>9</b>
Serviços das TNC com 6 Terapêuticas	<b>0</b>
Serviços das TNC com 7 Terapêuticas	<b>1</b>
<b>Número Total</b>	<b>946</b>

Na Tabela 3 verifica-se que, nos 946 estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal, existem 573 com apenas uma das terapêuticas não convencionais legalizadas na prestação dos seus serviços. Tal significa como podemos verificar no gráfico apresentado na figura 5, que na sua maioria os estabelecimentos das TNC licenciados apenas têm nos serviços das TNC o exercício profissional de uma das terapêuticas não convencionais regularizada. Neste gráfico verifica-se que 60% dos estabelecimentos das TNC licenciados tem na prestação dos seus serviços das TNC uma das terapêuticas não convencionais regularizada, 25% dos estabelecimentos das TNC licenciados tem duas

<sup>406</sup> No que se refere aos serviços das TNC é necessário salientar que os estabelecimentos com licenciamento em TNC e em clínicas ou consultórios médicos apresentam outros serviços, tais como Serviço – Especialidades Médicas, Serviço – Medicina Dentária e Serviço Radiologia.

<sup>407</sup> No site da Entidade Reguladora da Saúde é utilizada a designação serviço das Terapêuticas Não Convencionais.

terapêuticas legalizadas na prestação dos seus serviços das TNC, 10% dos estabelecimentos das TNC licenciados tem três terapêuticas legalizadas na prestação dos seus serviços das TNC, 0,9% dos estabelecimentos das TNC licenciados tem cinco terapêuticas legalizadas na prestação dos seus serviços das TNC, 0,1 % dos estabelecimentos das TNC licenciados tem sete terapêuticas legalizadas na prestação dos seus serviços das TNC e que não existem estabelecimentos das TNC licenciados com o serviço de seis terapêuticas legalizadas. Podemos concluir que a maioria dos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal presta serviço apenas numa das terapêuticas não convencionais e que este serviço, tendo em atenção os dados recolhidos por nós, é o de osteopatia ou acupuntura.



***Figura 5 - Tipologia dos Serviços das TNC dos Estabelecimentos das TNC Licenciados***

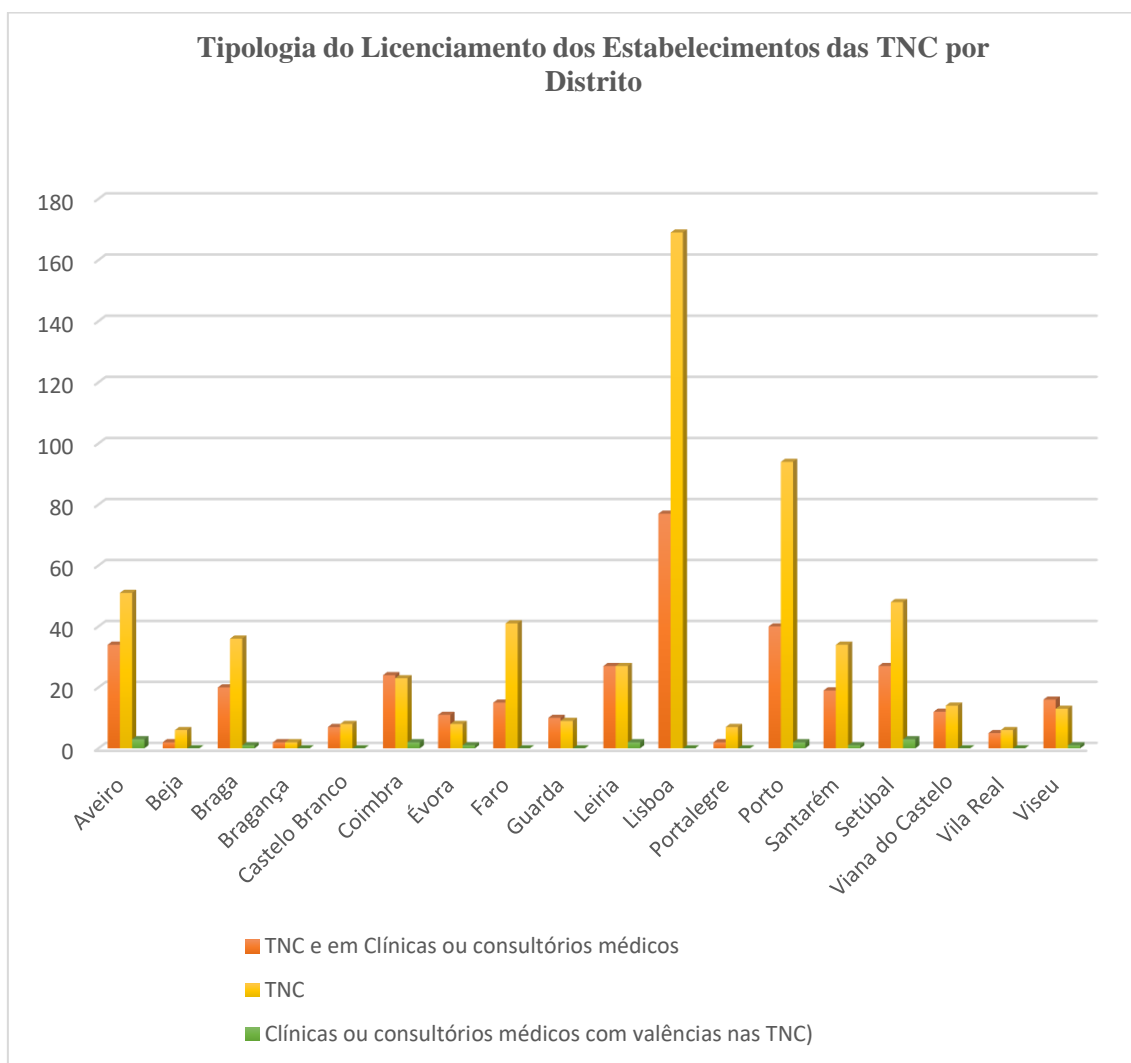
### **8.1.3 Tipologia do Licenciamento dos Estabelecimentos das TNC**

Na tipologia do licenciamento dos estabelecimentos das TNC identificámos 4 tipos referentes à temática em estudo: estabelecimentos com licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais; estabelecimentos com licenciamento apenas em clínicas ou consultórios médicos mas que apresentavam na prestação dos seus serviços as terapêuticas não convencionais; estabelecimentos com licenciamento nas terapêuticas não convencionais e nos consultórios ou clínicas médicas; e estabelecimentos com processo de licenciamento nas terapêuticas não convencionais. Nesta tipologia não considerámos os consultórios dentistas, centros de enfermagem e unidades de medicina física e reabilitação, entre outros, devido não serem relevantes para o nosso estudo. Para além disso não foram considerados os estabelecimentos das TNC que estavam registados na aplicação da ERS – Entidade Reguladora da Saúde, mas não estavam licenciados e não tinham processo de licenciamento a decorrer. Face ao exposto procede-se com a apresentação e análise da Tabela 4 e do gráfico da Figura 6 que permitem compreender qual a tipologia do licenciamento dos estabelecimentos das TNC em Portugal.

**Tabela 4 - Tipologia do Licenciamento dos Estabelecimentos das TNC**

	<b>Licenciamento em TNC e em Clínicas ou consultórios médicos</b>	<b>Licenciamento em TNC</b>	<b>Clínicas ou consultórios médicos com valências nas TNC)</b>	<b>Processo de licenciamento nas TNC</b>
Aveiro	34	51	3	1
Beja	2	6	0	0
Braga	20	36	1	0
Bragança	2	2	0	0
Castelo Branco	7	8	0	0
Coimbra	24	23	2	1
Évora	11	8	1	0
Faro	15	41	0	0
Guarda	10	9	0	0
Leiria	27	27	2	0
Lisboa	77	169	0	2
Portalegre	2	7	0	0
Porto	40	94	2	0
Santarém	19	34	1	0
Setúbal	27	48	3	0
Viana do Castelo	12	14	0	0
Vila Real	5	6	0	0
Viseu	16	13	1	0
<b>Número Total</b>	<b>350</b>	<b>596</b>	<b>16</b>	<b>4</b>

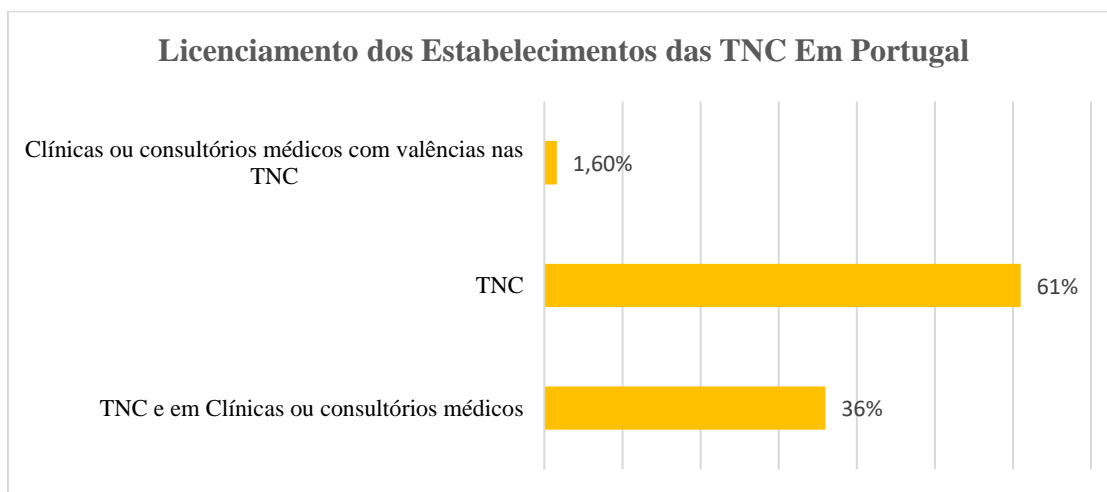
A Tabela 4 revela que a maioria dos estabelecimentos das TNC tem licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais, nomeadamente 596 estabelecimentos. No entanto, existe um número considerável de estabelecimentos que tem licenciamento nas terapêuticas não convencionais e nos consultórios ou clínicas médicas simultaneamente, nomeadamente 350 estabelecimentos. No que se refere aos estabelecimentos com licenciamento em clínicas ou consultórios médicos com valências nas terapêuticas não convencionais temos um número bastante reduzido. Contudo este número não deixa de ser relevante, tendo em atenção que a classe médica, representada pela Ordem dos Médicos, rejeita oficialmente estas terapêuticas. Por último verifica-se que na data de recolha dos dados existiam 4 estabelecimentos com processo de licenciamento nas TNC, sendo 2 em Lisboa, 1 em Aveiro e 1 em Coimbra. No gráfico da Figura 6 é possível observar a tipologia de licenciamento dos estabelecimentos das TNC por distrito.



**Figura 6 - Tipologia do Licenciamento dos Estabelecimentos das TNC por Distrito**

Neste gráfico não considerámos os estabelecimentos com processo de licenciamento, apenas estão representados os estabelecimentos com licenciamento. Ao analisarmos o gráfico constatamos que na maioria dos distritos prevalecem os estabelecimentos das TNC com a subcategoria “licenciamento nas terapêuticas não convencionais”, com exceção de Bragança, Coimbra, Évora, Guarda, Leiria e Viseu. Nestes distritos, em que não se verifica um maior número de estabelecimentos das TNC com a subcategoria “estabelecimentos com licenciamento nas terapêuticas não convencionais”, a diferença entre a subcategoria “estabelecimentos com licenciamento nas terapêuticas não convencionais” e a subcategoria “estabelecimentos com licenciamento nas terapêuticas não convencionais e nas clínicas ou consultórios médicos” é muito reduzida ou efetivamente apresentam valores iguais.

No gráfico da figura 7 observamos a tipologia dos licenciamentos dos estabelecimentos das TNC em Portugal.



**Figura 7 - Licenciamento dos Estabelecimentos das TNC Em Portugal**

Neste gráfico constatamos que em Portugal a maioria dos estabelecimentos das TNC tem licenciamento apenas nas terapêuticas não convencionais. No entanto, 36% dos estabelecimentos têm licenciamento tanto nas terapêuticas não convencionais como nos consultórios ou clínicas médicos e 1,6% dos estabelecimentos tem licenciamento apenas em consultórios ou clínicas médicos com a prestação nos seus serviços das terapêuticas não convencionais. Nestes estabelecimentos não existe licenciamento nas terapêuticas não convencionais, no entanto, prestam serviço na área das TNC.

#### 8.1.4 – Tipologia dos Profissionais Responsáveis pelos Estabelecimentos e Serviços das TNC

Neste ponto apresentamos a tipologia dos profissionais responsáveis pelos estabelecimentos das TNC licenciados e a tipologia dos profissionais responsáveis pelos serviços das TNC.

Na Tabela 5 é apresentada a tipologia dos profissionais responsáveis pelos estabelecimentos das TNC licenciados. Na plataforma da ERS -Entidade Reguladora da Saúde é possível identificar três tipos de profissionais: Médicos, Técnicos das TNC e Outros Técnicos, tais como enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, dentistas e psicólogos.

**Tabela 5 - Tipologia dos Profissionais Responsáveis pelos Estabelecimentos das TNC**

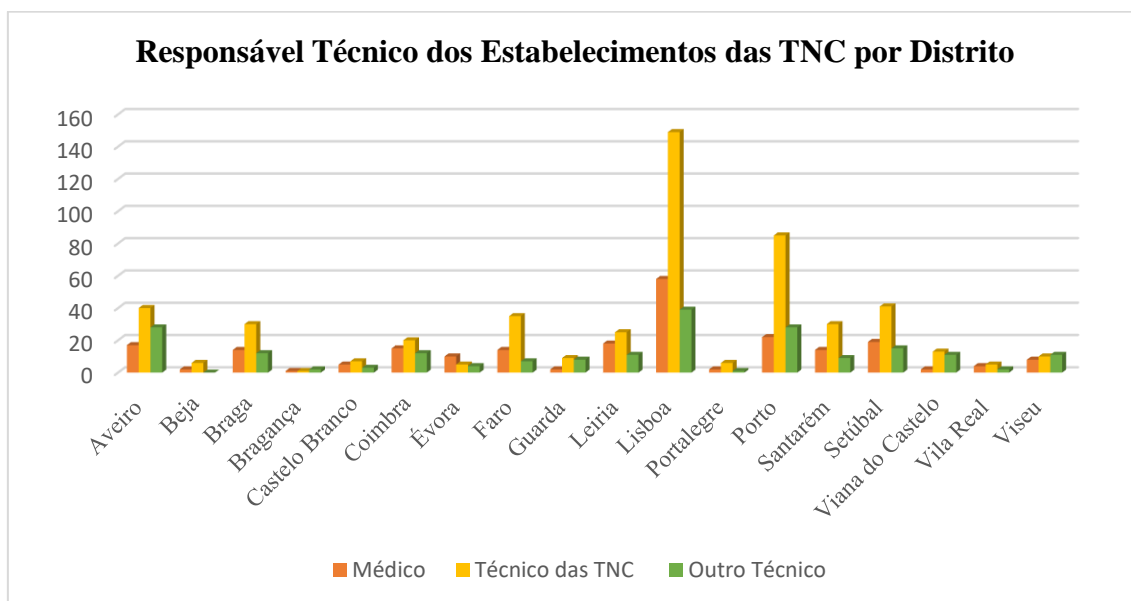
	<b>Responsável Técnico do Estabelecimento das TNC</b>		
	<b>Médico</b>	<b>Técnico das TNC</b>	<b>Outro Técnico</b>
Aveiro	17	40	28
Beja	2	6	0
Braga	14	30	12
Bragança	1	1	2
Castelo Branco	5	7	3
Coimbra	15	20	12
Évora	10	5	4
Faro	14	35	7
Guarda	2	9	8
Leiria	18	25	11
Lisboa	58	149	39
Portalegre	2	6	1
Porto	22	85	28
Santarém	14	30	9
Setúbal	19	41	15
Viana do Castelo	2	13	11
Vila Real	4	5	2
Viseu	8	10	11
<b>Número Total</b>	<b>227</b>	<b>517</b>	<b>203</b>

A análise da Tabela 5 revela que os Técnicos das TNC, ou seja, os profissionais das TNC, são os profissionais que maioritariamente são responsáveis pelos



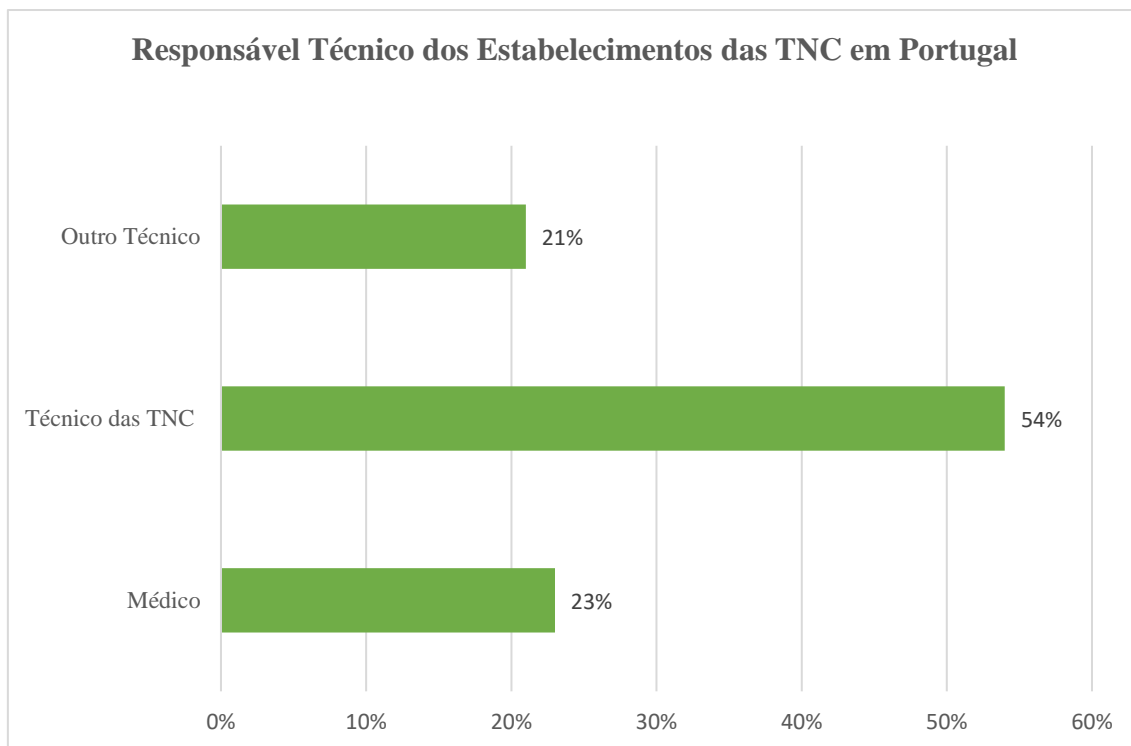
estabelecimentos das TNC. Contudo as subcategorias os “Médicos” e os “Outros Técnicos” apresentam uma frequência bastante significativa.

No gráfico da Figura 8 é possível verificar a nível distrital quem são os profissionais responsáveis pelos estabelecimentos das TNC licenciados.



**Figura 8 - Responsável Técnico pelos Estabelecimentos das TNC por Distrito**

No gráfico da Figura 8 constatamos que em todos os distritos, com exceção de Évora e Bragança, a subcategoria “Técnicos das TNC” é superior às subcategorias “Médicos” e “Outros Técnicos”. Contudo apesar do número de frequências da subcategoria “Técnicos das TNC” ser maioritariamente superior ao das outras subcategorias, o número de frequências nestas duas subcategorias a nível distrital não deixa de ser bastante significativo, nomeadamente no que se refere à subcategoria “Médicos”.



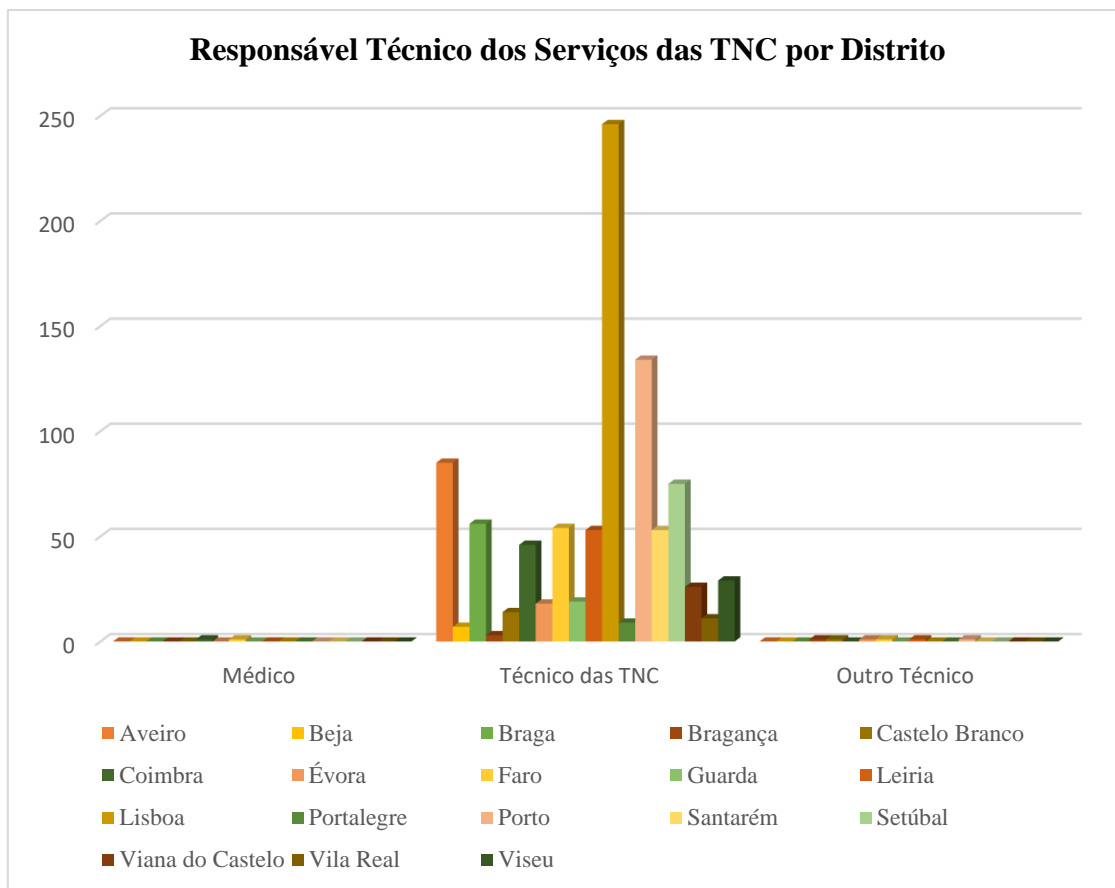
***Figura 9 - Responsável Técnico dos Estabelecimentos das TNC em Portugal***

No gráfico da Figura 9 verificamos que a subcategoria “Técnico das TNC” é a que apresenta maior percentagem com 54%. A subcategoria “Médicos” é a que apresenta em segundo lugar a percentagem mais alta com 23%. Por último temos a subcategoria “Outro Técnico” com 21%. A percentagem da subcategoria “Médico” é bastante relevante devido contradizer a posição da Ordem dos Médicos.

**Tabela 6 - Tipologia dos Profissionais Responsáveis pelos Serviços das TNC**

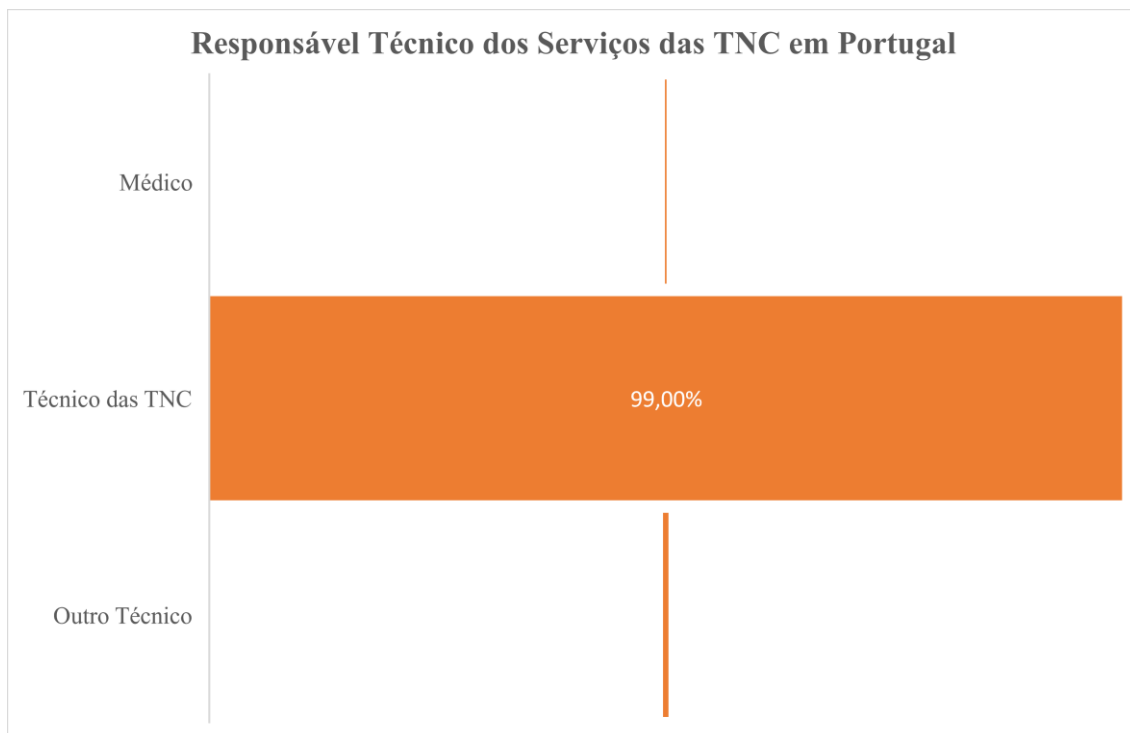
	<b>Responsável Técnico do Serviço das TNC</b>		
	<b>Médico</b>	<b>Técnico das TNC</b>	<b>Outro Técnico</b>
Aveiro	0	85	0
Beja	0	7	0
Braga	0	56	0
Bragança	0	3	1
Castelo Branco	0	14	1
Coimbra	1	46	0
Évora	0	18	1
Faro	1	54	1
Guarda	0	19	0
Leiria	0	53	1
Lisboa	0	246	0
Portalegre	0	9	0
Porto	0	134	1
Santarém	0	53	0
Setúbal	0	75	0
Viana do Castelo	0	26	0
Vila Real	0	11	0
Viseu	0	29	0
<b>Número Total</b>	<b>2</b>	<b>938</b>	<b>6</b>

Na Tabela 6 temos a tipologia dos responsáveis dos serviços das TNC a nível distrital, sendo possível verificar que 938 serviços têm como responsável um Técnico das TNC, ou seja, no serviço das TNC de 938 estabelecimentos licenciados o seu responsável é um profissional das TNC. No que se refere às subcategorias “Médico” e “Outro Técnico” verificamos que apenas apresentam uma frequência de 2 e 6 respetivamente.



**Figura 10 - Responsável Técnico dos Serviços das TNC por Distrito**

No gráfico da Figura 10 verificamos que não existem muitas diferenças a nível distrital. A grande maioria dos estabelecimentos das TNC licenciados, nos 18 distritos, têm nos serviços das TNC um profissional das TNC como seu responsável.



***Figura 11 - Responsável Técnico dos Serviços das TNC em Portugal***

No gráfico da Figura 11 apresentamos qual o profissional responsável pelos serviços das TNC nos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal. Neste gráfico verifica-se que 99%, ou seja, quase na totalidade dos serviços das TNC têm como seu responsável técnico um profissional das TNC.

## 8.2 – Profissionais das TNC com cédula profissional

A Tabela, que tem a Grelha 3 - *Lista de Cédulas Profissionais das TNC* na sua estrutura, e o gráfico apresentados neste subtítulo, foram construídos tendo por base os dados recolhidos no portal da ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde.

No portal da ACSS existem duas plataformas que têm o registo dos profissionais das TNC com cédula profissional nas terapêuticas não convencionais legalizadas, designadamente em quiropraxia, osteopatia, acupuntura, fitoterapia, naturopatia e MTC. As duas plataformas estão operacionais presentemente, no entanto, é importante dizer que uma das plataformas está a funcionar há mais tempo, tendo durante um período, sido a única plataforma existente, posteriormente foi criada a nova plataforma. A designação “nova plataforma” é utilizada no portal da ACSS para distinguir as duas plataformas.

No que se refere a homeopatia não existe registo de nenhuma cédula profissional devido como já referido anteriormente o ciclo de estudos desta terapêutica ainda não ter sido regulamentado.

Nestas duas plataformas encontrámos registos duplicados no que se refere às cédulas profissionais de osteopatia e acupuntura, o que não sucedeu com a naturopatia, quiropraxia, fitoterapia e MTC. No entanto, é necessário sublinhar que a nossa pesquisa, tendo em atenção os próprios condicionalismos das plataformas, não nos permite declarar com certeza absoluta que não existem cédulas profissionais registadas duplicamente no que se refere às terapêuticas não convencionais para as quais não encontrámos registo duplo. Nestas plataformas constatámos que muitos dos profissionais das TNC têm cédula profissional em mais de uma das terapêuticas não convencionais legalizadas.

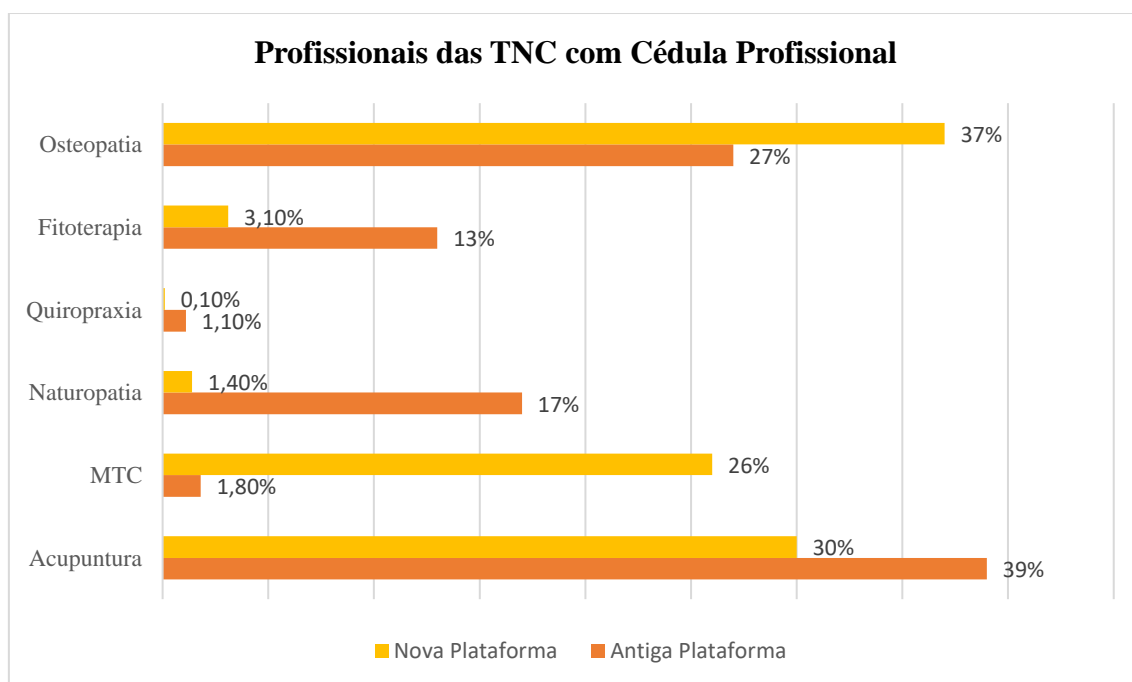
**Tabela 7 – Profissionais das TNC com Cédula Profissional**

	Acupuntura	MTC	Naturopatia	Quiropraxia	Fitoterapia	Osteopatia
<b>Cédulas Profissionais das TNC Registadas na Antiga Plataforma</b>	<b>1246</b>	<b>58</b>	<b>557</b>	<b>36</b>	<b>420</b>	<b>873</b>
<b>Cédulas Profissionais das TNC Registadas na Nova Plataforma<sup>408</sup></b>	<b>1768</b>	<b>1514</b>	<b>83</b>	<b>11</b>	<b>178</b>	<b>2167</b>
<b>Total</b>	<b>3014</b>	<b>1572</b>	<b>640</b>	<b>47</b>	<b>598</b>	<b>3040</b>

Ao analisar a Tabela 7 verifica-se que a osteopatia é a terapêutica com maior número de cédulas profissionais, apresentando o registo total de 3040 cédulas profissionais. No entanto, como referido, este número total de cédulas profissionais em osteopatia inclui o registo duplicado de algumas cédulas profissionais nas duas plataformas. A acupuntura é a segunda terapêutica das TNC com maior número de cédulas profissionais, com o registo de 3014 cédulas profissionais. Tal como na osteopatia também no caso da acupuntura temos que sublinhar que este número total inclui o registo duplicado de algumas cédulas profissionais nas duas plataformas. A MTC é a terceira terapêutica com maior número de cédulas profissionais, com o registo de 1572 cédulas profissionais. A naturopatia, a quarta terapêutica com maior número de cédulas profissionais, apresenta o registo de 640 cédulas profissionais. A fitoterapia, a quinta terapêutica com maior número de cédulas profissionais, apresenta o registo de 598 cédulas profissionais. Por último temos a quiropraxia que apresenta apenas o registo de 47 cédulas profissionais. Tendo em atenção os gráficos e tabelas apresentados anteriormente podemos concluir que a quiropraxia se revela como a terapêutica não convencional legalizada com menos profissionais em Portugal e consequentemente provavelmente a terapêutica das TNC legalizadas menos praticada em Portugal. Para

<sup>408</sup> Designação utilizada no portal da ACSS.

além disso a Tabela 7 permite verificar que a osteopatia e a acupuntura apresentam números bastantes superiores relativamente às outras terapêuticas.



**Figura 12 – Profissionais das TNC com Cédula Profissional**

No gráfico da Figura 12 podemos observar de forma bastante notória que a osteopatia e a acupuntura são as terapêuticas que registam mais cédulas profissionais, apesar de a MTC relativamente às outras terapêuticas também apresentar um número de cédulas profissionais significativo. A acupuntura na primeira plataforma é a que apresenta uma maior percentagem de registo de cédulas profissionais, seguida da osteopatia e da naturopatia. Isto pode nos levar a concluir, tendo em atenção, que a primeira plataforma registou as primeiras cédulas profissionais emitidas pela ACDD, que inicialmente houve um maior número de profissionais de acupuntura a requererem e a reunir os critérios legais para obter a cédula profissional. Na primeira plataforma a percentagem de cédulas



profissionais em MTC é bastante inferior à da segunda plataforma, apresentando uma percentagem inferior inclusive à percentagem apresentada pelas terapêuticas de naturopatia e fitoterapia e encontrando-se muito próxima da percentagem de quiropraxia. Estes valores podem ser explicados, em parte pelo facto do ciclo de estudos da medicina tradicional chinesa ter sido regulamentado apenas em 2018. Relativamente à osteopatia, ao analisarmos a percentagem referente às duas plataformas, verifica-se que na nova plataforma a percentagem é mais elevada. Face a estas percentagens colocamos as seguintes questões: *“Inicialmente os profissionais de osteopatia não requereram a cédula profissional? Inicialmente os profissionais de osteopatia não reuniam os critérios legais para requerer a cédula profissional?”*. No que se refere à quiropraxia verifica-se que tanto numa plataforma como noutra apresenta uma percentagem bastante baixa o que permite concluir que em Portugal, como referido anteriormente, não temos um número significativo de quiropráticos a exercer. A naturopatia, a fitoterapia e a quiropraxia apresentam uma percentagem inferior na nova plataforma relativamente à antiga plataforma.

### 8.3 Análise dos dados fornecidos pela IGAS - Inspeção-Geral das Atividades em Saúde

Neste ponto apresentamos e analisamos a Tabela 8 - *Ações de Fiscalização realizadas a Estabelecimentos com TNC* e a Tabela 9 – *Queixas e Reclamações*, elaboradas com os dados fornecidos pela IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde.

#### 8.3.1 – Ações de Fiscalização realizadas a Estabelecimentos com TNC

**Tabela 8 - Ações de Fiscalização realizadas a Estabelecimentos e Profissionais das TNC**

Anos	N.º de Ações de Fiscalização		Irregularidade/ Infração	Processos de Contra- ordenação
2017 – 2020	38	26 Irregularidades	10 - Relativas ao registo e licença dos estabelecimentos	25
			16 – Relativas a informação prestada aos utentes e às condições físicas dos estabelecimentos	
		45 Infrações passíveis de contraordenação	41 - Relativas a profissionais de saúde	
			4 - Relativas aos estabelecimentos	

A Tabela 8 permite constatar que entre 2017 e 2020 foram realizadas trinta e oito ações de fiscalização, nas quais foram detetadas vinte e seis irregularidades e quarenta e cinco infrações passíveis de contraordenação. Nas vinte e seis irregularidades detetadas, dez eram relativas ao registo e licença dos estabelecimentos das TNC e dezasseis referentes a outras irregularidades, sendo estas relacionadas com a informação prestada aos utentes e às condições físicas dos estabelecimentos.

*“Nos termos do artigo 11.º da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, aos locais de prestação de terapêuticas não convencionais aplica-se, com as devidas adaptações, o regime jurídico a que estão sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento das unidades privadas de serviços de saúde.”<sup>409</sup>.*

Tal significa que a abertura e funcionamento dos estabelecimentos das TNC de acordo com o artigo 2 do Decreto-Lei n.º 127/2014 de 22 de agosto, que estabelece o regime jurídico a que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, “dependem da verificação dos requisitos técnicos de funcionamento aplicáveis a cada uma das tipologias, definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde”. No caso das terapêuticas não convencionais a abertura e funcionamento dos estabelecimentos das TNC dependem dos requisitos técnicos de funcionamento definidos na Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro. A verificação dos requisitos técnicos de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde é titulada por licença<sup>410</sup>. A ERS – Entidade Reguladora da Saúde de acordo com a alínea b do artigo 11 do DL n.º 126/2014, de 22 de agosto tem a competência de “Instruir e decidir os pedidos de licenciamento de estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, nos termos da lei”. Os estabelecimentos das TNC são também obrigados a registo obrigatório no SRER - Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados. De acordo com o artigo 3 do Regulamento n.º 66/2015

*“o registo no SRER destina-se a dar publicidade e a declarar a situação jurídica dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde sujeitos à jurisdição regulatória da ERS, tendo em vista o cumprimento das atribuições da ERS, e constitui condição de abertura e funcionamento dos mesmo”.*

As 10 irregularidades detetadas em estabelecimentos das TNC foram deste modo referentes à certidão de registo obrigatória e à titularidade de licença, ou seja, na data da fiscalização existiam 10 estabelecimentos das TNC a funcionar sem registo ou licença para o exercício da sua atividade, funcionando de forma clandestina e ilegal.

Nos estabelecimentos das TNC também foram detetadas dezasseis outras irregularidades referentes a informação prestada aos utentes e às condições físicas dos

---

<sup>409</sup> Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro

<sup>410</sup> Decreto-Lei n.º 127/2014 de 22 de agosto

estabelecimentos. Relativamente às condições físicas dos estabelecimentos, estas irregularidades estão relacionadas com o artigo 12.º da Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro no qual são aprovadas

*“especificações técnicas no que diz respeito aos compartimentos das clínicas ou consultórios de terapêuticas não convencionais e aos requisitos mínimos de equipamentos técnicos ...”.*

A ERS tem como uma das suas funções de acordo com a alínea c do artigo 11 do DL n.º 126/2014, de 22 de agosto

*“assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento”.*

A informação prestada ao utente é referente ao artigo 5.º da Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro que refere que

*“Deve ser colocado em local bem visível do público o horário de funcionamento, a identificação do responsável pela direção clínica, os procedimentos a adotar em situações de emergência e os direitos e deveres dos utentes, devendo ainda estar disponível para consulta a tabela de preços”.*

Nas quarenta e cinco infrações passíveis de contraordenação, quarenta e uma foram relativas a profissionais de saúde e quatro relativas aos estabelecimentos. As quarenta e uma infrações relativas a profissionais de saúde das TNC decorrem do incumprimento dos seguintes artigos da Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro:

*“Artigo 6.º Cédula profissional - O exercício das profissões de acupuntor, naturopata, quiroprático, fitoterapeuta, homeopata, terapeuta de MTC e osteopata é permitido aos detentores de cédula profissional;*

*Artigo 7.º Reserva do título profissional - O uso dos títulos profissionais de acupuntor, naturopata, quiroprático, fitoterapeuta, homeopata, terapeuta de MTC e osteopata só é facultado aos detentores da correspondente cédula profissional;*

*Artigo 9.º Informação - Os profissionais das terapêuticas não convencionais devem manter um registo claro e detalhado das observações dos utilizadores, bem como dos atos praticados, devem prestar aos utilizadores informação correta e inteligível acerca do prognóstico, tratamento e duração do mesmo, devendo o consentimento do utilizador ser expressado, o utilizador deve informar por escrito o profissional das terapêuticas não*

*convencionais de todos os medicamentos, convencionais ou naturais, que esteja a tomar e os profissionais das terapêuticas não convencionais não podem alegar falsamente que os atos que praticam são capazes de curar doenças, disfunções e malformações;*

*Artigo 10.º Seguro profissional - Os profissionais das terapêuticas não convencionais estão obrigados a dispor de um seguro de responsabilidade”.*

No que se refere às quatro infrações relativas aos estabelecimentos das TNC estas decorrem do incumprimento do número 3 e 4 do artigo 11.º da n.º 71/2013 de 2 de setembro 3:

*“3 - A direção clínica dos locais de prestação de terapêuticas não convencionais é assegurada por um profissional deste setor, devidamente credenciado.*

*4 - Nos locais de prestação de terapêuticas não convencionais é proibida a comercialização de produtos aos utilizadores”.*

As trinta e oito ações de fiscalização deram origem a vinte e cinco processos de contraordenação.

### 8.3.2 Queixas e Reclamações

A IGAS informou que entre 2017 e 2020 foram rececionadas onze queixas e reclamações contra profissionais das TNC e duas queixas e reclamações contra estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde na área das TNC. Estas 13 queixas e reclamações recebidas deram origem à instauração de oito processos de fiscalização.

**Tabela 9 – Queixas e Reclamações**

<b>Anos</b>	<b>Reclamações e Queixas</b>	<b>Número</b>	<b>Processos de Fiscalização originados pelas Queixas e Reclamações</b>
<b>2017 - 2020</b>	Profissionais das TNC	11	8
	Estabelecimentos das TNC	2	
	N.º Total	13	

#### **8.4 - Ciclos de Estudos das Terapêuticas Não Convencionais Acreditados**

Os dados da Tabela 10 que tem na sua estrutura a *Grelha 4 - Ciclos de Estudos das TNC*, relativos aos ciclos de estudos das sete terapêuticas não convencionais legalizadas, foram obtidos no site da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior.

No que diz respeito à homeopatia não foi ainda regulamentado o ciclo de estudos, no entanto, tal não nos impediu de realizar uma pesquisa no site da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, tendo em atenção que poderia ter sido acreditado ciclo de estudos conducente ao grau de mestre.

Na Tabela 10 é possível verificar que a naturopatia, a quiropraxia e a homeopatia não tiveram na data de recolha dos dados, nomeadamente nos anos de 2021 e 2022, nenhum ciclo de estudos acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, tanto no que se refere ao ciclo de estudos conducente ao grau de licenciatura como ao ciclo de estudos conducente ao grau de mestre.

A osteopatia teve oito ciclos de estudos acreditados, com o grau de licenciatura, com seis anos de acreditação, sete deles aprovados em instituições de ensino privado, um deles aprovado em instituição de ensino de público, todos eles acreditados no ensino politécnico, tendo cinco deles sido acreditados em junho de 2016, dois em julho de 2017 e um em junho de 2018. O ciclo de estudos de osteopatia da Escola Superior De Saúde Jean Piaget De Vila Nova De Gaia deixou de ser lecionado em dezembro de 2020 por decisão da instituição.

A acupuntura teve quatro ciclos de estudos acreditados, com o grau de licenciatura, três em ensino privado e em ensino politécnico, pelo período de 6 anos e um em ensino público, ensino politécnico pelo período de 2 anos, tendo dois sido acreditados em junho de 2018, um em julho de 2018 e um em junho de 2017.

A Medicina Tradicional Chinesa e a Fitoterapia não têm ciclos de estudos acreditados conducentes ao grau de licenciatura. Contudo no que se refere ao ciclo de estudos conducente ao grau de mestre verificamos que as duas terapêuticas tiveram dois ciclos de estudos acreditados, ainda que o relativo à Medicina Tradicional Chinesa tenha

sido acreditado preliminarmente<sup>411</sup>. A Fitoterapia teve um ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, acreditado na Escola Superior De Saúde Do Vale Do Ave do Instituto Politécnico De Saúde Do Norte, instituição de ensino privado e ensino politécnico, com 6 anos de acreditação, em julho de 2010. O ciclo de estudos conducente ao grau de mestre de fitoterapia foi descontinuado em dezembro de 2015 pela Cespu - Cooperativa De Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL. A Medicina Tradicional Chinesa teve um ciclo de estudos conducente ao grau de mestre acreditado preliminarmente no Instituto De Ciências Biomédicas De Abel Salazar, instituição de ensino público e universitário, com 6 anos de acreditação, em dezembro de 2011. A Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior em junho de 2018 publica a decisão de não acreditar este ciclo de estudos conducente ao grau de mestre de Medicina Tradicional Chinesa.

Na análise à Tabela 10 verifica-se que a osteopatia e a acupuntura são as únicas terapêuticas não convencionais em Portugal que têm ciclos de estudos acreditados pela Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior e desta forma a serem lecionadas legalmente.

---

<sup>411</sup>«Nos termos do art.º 83.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto Lei n.º 107/2008, de 25 de junho, os ciclos de estudos em funcionamento quando do início da atividade da Agência são objeto do procedimento de acreditação até ao termo do ano letivo de 2010-2011. Como existiam 5262 ciclos de estudos em funcionamento quando a Agência iniciou a sua atividade, a dimensão do problema tornou inviável usar um sistema tradicional de avaliação/acreditação e cumprir os prazos legais. Por esse motivo, optou-se pela introdução de uma forma preliminar de acreditação, permitindo eliminar as situações mais evidentes de falta de cumprimento dos padrões mínimos, após o que entrou em funcionamento o sistema de avaliação/acreditação em moldes mais tradicionais» (Manual de Avaliação da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, Versão 1.1, 2013, p. 35)



**Tabela 10 - Ciclos de Estudos das TNC Acreditados**

Ciclo de Estudos	Instituição de Ensino Superior	Unidade Orgânica	Natureza Jurídica	Tipo de Ensino	Grau	Decisão	Anos de Acreditação	Data
<b>Naturopatia</b>	Sem Registos	Sem Registos	Sem Registos	Sem Registos	Sem Registos	Sem Registos	Sem Registo	Sem Registo
<b>Osteopatia</b>	Instituto Politécnico Jean Piaget do Sul	Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	20-06-2016
<b>Osteopatia</b>	Instituto Piaget - Cooperativa Para O Desenvolvimento Humano, Integral E Ecológico, CrL.	Escola Superior De Saúde Jean Piaget De Vila Nova De Gaia	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado – Descontín. pela instituição em dezembro 2020	6	20-06-2016
<b>Osteopatia</b>	Cruz Vermelha Portuguesa	Escola Superior De Saúde Da Cruz Vermelha Portuguesa	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	28-06-2016
<b>Osteopatia</b>	Cespu - Cooperativa De Ensino Superior Politécnico E Universitário, CrL	Escola Superior De Saúde Do Vale Do Ave do Instituto Politécnico De Saúde Do Norte	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	29-06-2016
<b>Osteopatia</b>	Escola Superior De Saúde - Universidade de Atlântica	Escola Superior De Saúde - Universidade de Atlântica	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	06-07-2017
<b>Osteopatia</b>	Escola Superior De Saúde Ribeiro Sanches	Escola Superior De Saúde Ribeiro Sanches	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	14-07-2017
<b>Osteopatia</b>	Escola Superior De Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa	Escola Superior De Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	12-06-2018
<b>Osteopatia</b>	Instituto Politécnico Do Porto	Escola Superior De Tecnologia Da Saúde Do Porto	<b>Público</b>	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	29-06-2016
<b>Homeopatia</b>	Sem Registo	Sem Registo	Sem Registo	Sem Registo	Sem Registos	Sem Registos	Sem Registo	Sem Registo
<b>Quiropraxia</b>	Sem Registo	Sem Registo	Sem Registo	Sem Registo	Sem Registos	Sem Registos	Sem Registo	Sem Registo
<b>Fitofarmácia e Fitoterapia</b>	Cespu - Cooperativa De Ensino Superior Politécnico E Universitário, CrL	Escola Superior De Saúde Do Vale Do Ave do Instituto Politécnico De Saúde Do Norte	Privado	Politécnico	Mestre	Acreditado - Descontinuado pela IES em dezembro de 2015	6	05-07-2010

<b>Acupuntura</b>	Instituto Politécnico de Setúbal	Escola Superior De Saúde De Setúbal	Público	Politécnico	Licenciado	Acreditado	2	28-06-2017
<b>Acupuntura</b>	Escola Superior De Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa	Escola Superior De Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	12-06-2018
<b>Acupuntura</b>	Escola Superior De Saúde Ribeiro Sanches	Escola Superior De Saúde Ribeiro Sanches	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	21-06-2018
<b>Acupuntura</b>	A Escola Superior De Saúde Jean Piaget De Vila Nova De Gaia	A Escola Superior De Saúde Jean Piaget De Vila Nova De Gaia	Privado	Politécnico	Licenciado	Acreditado	6	19-07-2018
<b>Medicina Tradicional Chinesa</b>	Universidade Do Porto	Instituto De Ciências Biomédicas De Abel Salazar	Público	Universitário	Mestre	Acreditado Preliminar.		13-12-2011
<b>Medicina Tradicional Chinesa</b>	Universidade Do Porto	Instituto De Ciências Biomédicas De Abel Salazar	Público	Universitário	Mestre	Não acreditado		04-06-2018

## 8.5 Análise Semântica das Entrevistas e do Questionário

As entrevistas foram realizadas a dois profissionais das TNC reconhecidos nacionalmente: Maria Deolinda Camilo Rodrigues Fernandes<sup>412</sup> e José Manuel Mendonça da Costa Faro<sup>413</sup>, terapeutas com cédula profissional em acupuntura e medicina tradicional chinesa, membros do Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais e peritos nomeados pela ACSS. O questionário foi aplicado a Nuno Duarte Rebelo de Andrade e Lemos<sup>414</sup>, terapeuta com cédula profissional em osteopatia, medicina tradicional chinesa e acupuntura, profissional também reconhecido nacionalmente. José Faro, presidente da associação de profissionais mais antiga, designadamente da Associação Profissional de Acupuntura e de Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC), e codirector da Escola de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC), escola há mais tempo implantada em Portugal, e Deolinda Fernanda, secretária-geral da direção da Associação Profissional de Acupuntura e de Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC) e codirectora da Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC), profissionais a exercer desde a década de 80, considerados pioneiros<sup>415</sup>, representam a velha guarda de profissionais das TNC<sup>416</sup>. Nuno Lemos, antigo aluno<sup>417</sup> e professor da Escola de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC), com diversas formações na área (por exemplo o Certificado de Formação Profissional – CAP, Mestrado em Medicina Nuclear pela Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa<sup>418</sup> e formação

---

<sup>412</sup> Integrou o Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais pelo Despacho n.º 12337/2014, em representação da acupuntura e foi nomeada perita em acupuntura pela ACSS, IP no âmbito da Lei 71/2013, de 2 de setembro, que prevê no seu artigo 19º referente a disposição transitória, que “para a prossecução dos objetivos previstos no presente artigo, a ACSS pode recorrer ao apoio e colaboração de outras entidades (...) a peritos no exercício da terapêutica não convencional em apreço (...)”. Os requerente de cédula profissional que obtiverem na avaliação do seu pedidos de atribuição de cédula para o exercício profissional no âmbito das terapêuticas não convencionais, uma pontuação inferior a oito (8) pontos, serão submetidos a entrevista de avaliação profissional ao abrigo do artigo 5º da portaria n.º 181/2014, de 12 de setembro. O júri é composto por peritos designados pela ACSS para o efeito. Deolinda Fernandes fez deste modo parte do júri de acupuntura.

<sup>413</sup> Integrou o Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais pelo Despacho n.º 12337/2014, em representação da medicina tradicional chinesa e foi nomeado perito em acupuntura pela ACSS, IP no âmbito da Lei 71/2013, de 2 de setembro, que prevê no seu artigo 19º referente a disposição transitória, que “para a prossecução dos objetivos previstos no presente artigo, a ACSS pode recorrer ao apoio e colaboração de outras entidades (...) a peritos no exercício da terapêutica não convencional em apreço (...)”. José Faro fez deste modo parte do júri de acupuntura.

<sup>414</sup> Foi nomeado perito da medicina tradicional chinesa pela ACSS, IP no âmbito da Lei 71/2013, de 2 de setembro, que prevê no seu artigo 19º referente a disposição transitória, que “para a prossecução dos objetivos previstos no presente artigo, a ACSS pode recorrer ao apoio e colaboração de outras entidades (...) a peritos no exercício da terapêutica não convencional em apreço (...)”. Nuno Lemos fez deste modo parte do júri de acupuntura.

<sup>415</sup> Utilizamos “pioneiros” tal como Luísa Franco (2010) para designar os terapeutas há mais tempo implantados no mercado.

<sup>416</sup> A representatividade de que falamos não pode ser compreendida no entanto, em termos absolutos, isto é, estes dois profissionais não representam com precisão o grupo de profissionais da década de 70 e 80.

<sup>417</sup> Nuno Lemos possui diploma do curso de Medicina Tradicional Chinesa certificado pela Universidade de Medicina Tradicional Chinesa de Nanjing e a Escola de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC) enquanto representante da Universidade de Medicina Tradicional Chinesa de Nanjing em Portugal, e emitido em 2004.

<sup>418</sup> Escola integrada no Instituto Politécnico de Lisboa (IPL)

em Posturologie Clinique passada pela Association Posturologie Internationale entre outras ) e vasta experiência desde a década de 2000, tendo inclusive sido nomeado perito no âmbito da medicina tradicional chinesa pela ACSS<sup>419</sup> e desse modo feito parte do júri de medicina tradicional chinesa de avaliação das entrevistas de avaliação profissional, representa a nova geração de profissionais das TNC.

No entanto, é necessário sublinhar que estes três profissionais não representam em termos precisos estas duas gerações de profissionais, existindo diferentes posições teóricas, técnicas, empíricas, científicas e pedagógicas, no seio de cada uma destas gerações de profissionais.

A análise das entrevistas e do questionário, como já referido, será uma análise semântica que terá como objetivo apreender os diversos significados das respostas às nossas questões. Esta análise será apresentada tendo em atenção cada uma das questões elaboradas e as respetivas respostas dadas pelos três profissionais das TNC, demonstrando através de pequenos excertos das respostas dos profissionais das TNC qual o seu parecer. No que se refere à entrevista de Deolinda Fernandes temos de salientar que esta não respondeu a algumas questões, manifestando ter a mesma opinião que José Faro.

Primeira questão:

**“Qual a sua perceção sobre a aceitação e desenvolvimento das TNC, depois da sua regularização, em Portugal? Quais se afirmaram mais (menos) e porquê?”.**

Esta questão tinha como objetivo compreender se na opinião destes profissionais teria existido uma maior aceitação social e um aumento das TNC após a regulamentação das TNC. Estes três profissionais concordam que presentemente as TNC são aceites socialmente em Portugal e que houve um aumento na procura das TNC no nosso país. José Faro afirma, que desde a década de 90 até ao presente, houve um aumento brutal, fazendo referência a alguns estudos realizados nacionalmente e internacionalmente que comprovam esse facto.

José Faro *“Em setembro de 1992 na revista proteste foi publicado o resultado de uma investigação, encomendada na altura pela Deco, a um sociólogo belga, especializado na*

---

<sup>419</sup> Nuno Lemos foi nomeado pela ACSS como perito, ou seja, faz parte do júri das entrevistas de avaliação profissional.

*área da saúde e em sociometria. O estudo foi desenvolvido em Portugal em 1991 e em 1992 foi publicado na revista Proteste. Segundo ele em 1991 teria havido em Portugal pelo menos 600.000 consultas de TNC. O índice de satisfação dos utentes das TNC seria igual ou superior ao que tinham com a medicina convencional. Penso que já aí cerca de 60% dos utentes tinham licenciatura ou formação superior. Depois, talvez em 2001, o Instituto Abel Salazar publica também um estudo sobre a acupuntura em que volta a falar dos 60% com licenciatura ou formação superior, níveis de satisfação tão elevados como o estudo de 1992 e, etc. Penso que vale a pena consultar esse estudo... Depois em termos sociométricos, digamos assim, temos uma referência marcante que foi uma declaração do presidente, na altura, da entidade reguladora da saúde (ERS), no parlamento, há uns três, quatro ou cinco anos. Novamente uma coisa que eu teria que procurar (...) declarou no parlamento que existiria uma área, um campo com cerca de 2 milhões de cidadãos nacionais utentes das TNC. Esse número de 2 milhões representa cerca de 25% da população portuguesa. Isto está perfeitamente de acordo com estudos que há relativamente à situação na União Europeia. Isto é, há dois estudos, um que eu acho de fonte menos clara e outro que foi acompanhado pela OMS, mas não sei com que estatuto, não se pode dizer que é um estudo da OMS, mas a OMS esteve lá. Novamente teria de descobrir onde é que isso para quem tem esse estudo para uma resposta fundamentada nessa questão. Aliás aparece noutra questão sua mais à frente...e ambos os estudos, aquele de fonte mais credível e aquele menos credível, apontam para que 25% da população europeia recorre às TNC. (...) Portanto haverá provavelmente 25% dos europeus que usam as TNC o que é perfeitamente compatível com a declaração do diretor da ERS no parlamento”.*

Para este profissional das TNC a regulamentação das TNC não provocou um aumento da procura das TNC, este desenvolvimento e evolução das TNC em Portugal estaria relacionado com a insatisfação do doente com a medicina convencional e uma procura por uma alternativa terapêutica face aos danos nocivos causados por vezes pela medicina convencional como se depreende das seguintes afirmações:

*“(...) ...segundo os dados oficiais, pelo menos os melhores que encontrei, 20% dos internamentos no Estados Unidos e 11 % em Portugal são atualmente por efeitos secundários dos medicamentos convencionais e nos Estados Unidos desses 20% de internamentos 2% morrem. Ou seja, isso está a tornar-se um dos piores problemas para a saúde pública, existentes. Ou seja, estimada Cristina é evidente que as pessoas não vão deixar de procurar alternativas quando o princípio, aliás o primeiro princípio hipocrático, que é não prejudicar, e que os médicos continuam a jurar, foi abandonado na prática médica e farmacêutica. Isto é, na verdade o que se faz hoje em dia na medicina*

*convencional e compreende-se, não tenho nada a dizer contra isso, a não ser que é importante que as pessoas percebam que há alternativas. Ter a certeza que faz mais bem que mal, é o princípio orientador atual e eu compreendo, do ponto de vista de quem está afunilado na história da medicina convencional, cumprindo o que a sua consciência lhe dita - ótimo, tudo bem. A questão não é essa... O certo é que foi abandonado o princípio hipocrático de que a primeira regra é não prejudicar o paciente, foi substituída pela regra de beneficiar mais do que prejudicar, daí os 20% de internamentos hospitalares, etc., etc... ora as pessoas não vão deixar, pois não são burras nem suicidas, de procurar alternativas a isto.*

*Além disso, no caso das chamadas TNC há instrumentos de diagnóstico para caracterizar os chamados estados subclínicos, aqueles estados em que a pessoa se sente mal, vai fazer as análises e nada está alterado acaba a tomar uns sedativos, euforizantes ou equivalente. Perde-se a oportunidade dum intervenção preventiva. Ora a Medicina Chinesa sem a mais pequena dúvida, mas do meu ponto de vista também as outras áreas da TNC, têm instrumentos teóricos para caracterizar estes estados e intervir. Isto é, não começar a cavar o poço depois de já estar cheio de sede, pelo contrário, prevenir. Entender o que se passa no processo que leva cada indivíduo progressivamente a se aproximar num estado que vai derivar numa doença, conseguir caracterizar essa aproximação, nas suas fases precoces e conseguir intervir a esse nível. A medicina chinesa faz isso e sempre fez, não há a mais pequena dúvida, mas do meu ponto de vista, qualquer utilização inteligente das áreas das TNC também consegue fazer isto. A osteopatia vê os problemas articulares, os erros posturais, antes da doença declarada. Um bom osteopata olha para a pessoa e vê logo os problemas que podem surgir no futuro. Os naturopatas com a sua lógica de desintoxicação, de alimentação correta, suplementos alimentares adequados e contacto com a natureza, podem ajudar toda a gente e não apenas quem está doente. Portanto as TNC são a hipótese que os sistemas nacionais de saúde a médio e longo prazo têm de assegurar a sua viabilidade, porque os custos dos medicamentos químicos, mais tratar as pessoas dos efeitos dos químicos, são um ciclo vicioso interminável, que tem que terminar. Isso sem prejuízo do reconhecimento de que a medicina convencional faz coisas absolutamente maravilhosas, de relevância crítica”.*

Para José Faro a lei portuguesa das TNC teve outro propósito que não o aumento das TNC como podemos perceber pelas seguintes afirmações:

*“Penso que a procura tem de facto continuado a aumentar. Mas o objetivo da Lei de 45/2003, que reconheceu as TNC propostas pela OMS, é realmente trazer algo de novo, através de um conjunto de objetivos muito simples: um deles é a verificação pelo estado da qualidade da formação dos profissionais das TNC e o controlo da sua atividade; o outro é o consentimento informado dos pacientes, sendo eventualmente essa a principal questão. Desde o início, o principal objetivo é que as pessoas exerçam a sua liberdade de escolha do tipo de cuidados de saúde que querem, mas dum forma esclarecida. Estado e associações profissionais do sector devem assegurar que as pessoas percebem que áreas são estas, suas possibilidades e limites. Depois, de acordo com a Lei 45/2003, ao contactarem cada especialista desta área, obterem uma explicação clara do que essa área pode fazer, um prognóstico o mais acertado possível, o registo detalhado obrigatório de tudo o que se passa do princípio ao fim no processo de tratamento, dentro do mais rigoroso sigilo”.*

A Dr.<sup>a</sup> Deolinda Fernandes afirma que na sua perspetiva houve um aumento na procura das TNC, mais propriamente da acupuntura e da medicina tradicional chinesa, nestes dois últimos anos devido à pandemia.

No que se refere às terapêuticas das TNC que se “afirmaram mais” após a regulamentação, José Faro, apesar de inicialmente afirmar não ter dados para responder à nossa questão, refere que a osteopatia tem mais cédulas profissionais registadas devido existirem licenciaturas nesta área há mais tempo e os profissionais de osteopatia formados pelo Dr. Borges de Sousa terem tido facilidade em obter cédula profissional a seguir à Lei 72/2013.

*“Sim, mas também foram eles que começaram com as licenciaturas mais cedo. A licenciatura dá acesso direto à cédula profissional, tem a ver com isso evidentemente. No quadro da osteopatia também já havia desde os anos oitenta uma corrente muito forte, estimulada pelo Dr. Borges de Sousa que sempre foi uma pessoa, mesmo quando ainda não existia lei nenhuma, com uma visão muito institucional e que sempre promoveu a formação na sua área. Portanto imagino que as pessoas que ele formou tenham tido um acesso precoce às cédulas profissionais a seguir à Lei 72/2013. Mas o carácter também precoce das primeiras licenciaturas de osteopatia também explica o facto de haver muitas cédulas de osteopatia. Mas eu gostava que o resto dos profissionais que provavelmente continuam a trabalhar de uma forma não certificada aderissem ao esquema legal que foi montado para salvaguardar a sua posição profissional e tornar tudo claro perante o público”.*

Nuno Lemos nesta questão relativa às terapêuticas das TNC que mais e menos se afirmaram após a sua regulamentação, revela ter uma posição bastante diferente destes dois profissionais das TNC. Nuno Lemos, numa abordagem mais crítica afirma mesmo que a abordagem esotérica que muitas destas terapêuticas têm, neste caso este profissional fala especificamente da acupuntura, e que se reflete na própria legislação portuguesa, isto é os regulamentos e preceitos legais da lei das TNC transcrevem esta abordagem esotérica, impede que a licenciatura em acupuntura persista.

*Nuno Lemos “A nível popular, estas terapêuticas, estão bem aceites. Cada vez mais pessoas recorrem a este tipo de terapias. Também é comum existirem mais médicos a recomendarem estas terapias. A TNC que mais se afirmou foi a Osteopatia. Isto foi visível pela facilidade com que criou a primeira licenciatura, o maior número de licenciaturas, a capacidade de manter essas licenciaturas e a criação de uma classe de doutorados que permite a criação de literatura científica. A base deste sucesso esteve na forte componente de ensino biomecânico e neurofisiológico da osteopatia. A homeopatia, naturopatia e quiropraxia tem passado relativamente ao lado. São cada vez mais irrelevantes e nenhuma conseguiu criar uma única licenciatura. A acupuntura conseguiu criar licenciaturas que, segundo parece, não se vão manter. Isto foi possível devido a um currículo mais focado numa componente científica e menos nas especificações esotéricas*

*da Lei. No entanto, a acupuntura enquanto técnica terapêutica não é uma licenciatura. Não acredito que tenha futuro enquanto licenciatura. A acupuntura continuará a afirmar-se enquanto técnicas invasiva e cada vez menos associada aos esoterismos dos acupuntores ocidentais ou tradicionalismos asiáticos”.*

Segunda questão:

**“A realidade das TNC em Portugal é diferente de outros países europeus?”**

Na segunda questão José Faro e Deolinda Fernandes revelam uma opinião entusiástica no que se refere à realidade portuguesa, afirmando que nós estamos na “...vanguarda da regulamentação da saúde a nível mundial porque na Europa fomos o único país ...” que efetivamente regulamentou as TNC. Nuno Lemos comparando a realidade de algumas das TNC em Portugal com a de alguns países europeus não se revela tão entusiástico, manifestando algumas semelhanças e dificuldades.

*José Faro “Evidentemente que estamos léguas à frente, e léguas mais próximos das diretivas da OM, que desde os anos 70 que preconiza e emite diretivas para um reconhecimento/regulamentação das TNC do tipo que aconteceu em Portugal. Na verdade, o que foi feito aqui foi transpor para a ordem jurídica portuguesa aquilo que são as diretivas da OMS desde os anos 70. Não fizemos nada de novo digamos assim, fomos apenas mais um país a aderir às diretrizes da OMS sobre esta matéria. Nenhum país europeu fez isso plenamente até agora, de forma que, se consideramos que a OMS está na vanguarda da saúde a nível mundial, nós estamos na vanguarda da regulamentação da saúde a nível mundial porque na Europa fomos o único país que acompanhou isso de forma exaustiva. Fora da Europa são cento e tal os países que têm acompanhado a OMS. A Europa tem sido uma ilha de resistência a essas diretivas, não se percebe bem porquê. Fora da Europa, a situação é diferente. Na América do Norte, por exemplo, onde a Osteopatia já era legal no século XX, cinquenta estados americanos legalizaram a Acupuntura e a Medicina Chinesa. Neste caso, as pessoas acedem à profissão depois de terem frequentado quatro anos de estudos pós-secundário em escolas oficialmente reconhecidas para o efeito. Concluído o ciclo de estudos, os alunos podem candidatar-se a um exame federal de acesso à profissão. Com exceção da Califórnia, com critérios ainda mais rigorosos, o acesso às nossas profissões na América é controlado pelo governo federal, de forma centralizada. Há escolas que têm que ser reconhecidas no respetivo Estado, se não os seus alunos não podem candidatar-se ao exame federal. A situação é mais ou menos semelhante na Austrália, Nova Zelândia, Canadá, países asiáticos, etc., sendo que na maior parte deles o ensino das TNC é exclusivo das escolas superiores. Aqui na Europa, curiosamente a grande terra mãe das farmacêuticas, esse processo está mais atrasado, com exceção de Portugal”.*



Nuno Lemos “*Não tenho muitos dados para fazer um estudo comparativo de todas as TNC. No entanto, existem alguns dados relevantes: Na Itália só os médicos podem fazer acupuntura por exemplo. Mas em relação aos osteopatas não creio existirem muitas diferenças. No Reino Unido a situação da acupuntura está muito semelhante ao que se observa em Portugal e Espanha. Uma classe de acupuntadores com dificuldade em afirmar-se socialmente, devido ao predomínio de crenças tradicionais e esotéricas, e diversas profissões de saúde (destacando-se os fisioterapeutas) a crescerem recorrendo a técnicas de acupuntura contemporânea. A homeopatia sentiu muitos reveses no Reino Unido e França, perdendo apoio público. Nunca teve políticas públicas abonatórias em Portugal, mas tal como nos outros países, parece estar a ser abertamente aceite pelas farmácias, provavelmente devido aos lucros obtidos pelas receitas dos homeopáticos*”.

Terceira questão:

### **“Quais as principais dificuldades e constrangimentos das TNC?”**

Nesta questão Nuno Lemos, numa postura mais neutra e analítica, realiza uma crítica não só no que refere aos constrangimentos do profissional das TNC, no próprio seio das TNC, mas também relativamente às dificuldades existentes no contexto das profissões de saúde, isto é, nos conflitos e paralelismos que existem entre os profissionais das TNC e os outros profissionais de saúde que operam/ exercem também nesta mesma área.

Nuno Lemos “*Existem diversos tipos de constrangimentos próprios das TNC e externos às mesmas. Existe uma diferença abismal de perspetiva clínica e científica entre osteopatia e homeopatia. Apesar de estarem agregadas na mesma lei. Os osteopatas não se identificam com as lutas dos acupuntadores, nem com muitas crenças mais esotéricas, mas precisam destes grupos para terem representatividade social. Por outro lado, a misturada legal de crenças e práticas que a lei gerou dificulta a comunicação com outras profissões de saúde. Como constrangimentos externos temos o interesse que outras profissões de saúde demonstram por estas áreas: Os fisioterapeutas tem estado a aprender acupuntura e osteopatia. Agora tem a chamada fisioterapia invasiva que basicamente são técnicas retiradas da acupuntura tradicional e contemporânea. Os enfermeiros já demonstraram interesse em dominar a acupuntura e osteopatia no SNS. Os médicos já inseriram a acupuntura no SNS e tem todo o interesse em manter um nível e status e poder social sobre outras profissões. Tanto no público como no privado, apresenta preferências por trabalhar com enfermeiros e fisioterapeutas*”.

Os profissionais Deolinda Fernandes e José Faro fazem referência aos constrangimentos atuais relativos à regulamentação das TNC em Portugal, nomeadamente ao Conselho Consultivo das TNC que atualmente não se encontra a exercer funções, ao ciclo de estudos de homeopatia que ainda não foi regulamentado, assim como ao regime jurídico especial do ensino superior das escolas das TNC que também não foi regulamentado.

José Faro “Os homeopatas estão desde 2013 à espera que saia a portaria sobre o ciclo de estudos da Homeopatia prevista na Lei 72/2013. Entretanto, a ACSS não passa cédulas profissionais aos Homeopatas porque considera que, enquanto não sair esse ciclo de estudos, não lhes pode aplicar o artigo 19 da lei n.º 72/2013 que prevê a creditação dos profissionais das TNC em exercício com experiência e formação adequadas. Dependendo dessa experiência e dessa formação, os candidatos têm três hipóteses: não emissão de cédula profissional, cédula definitiva ou cédula provisória com obrigatoriedade de formação complementar. A ACSS diz que enquanto não se souber a formação complementar que irão ter que fazer, a qual depende da portaria em falta, relativa ao ciclo de estudos da Homeopatia, não lhes passa a cédula profissional, apesar de eles reunirem todas as condições previstas no artigo 19.º da Lei n.º 72/2013. Portanto falta essa portaria com o ciclo de estudos de homeopatia. Depois, também em fevereiro de 2014, e de acordo com o mesmo artigo 19, deveria ter saído uma portaria a estabelecer como é que as escolas das TNC na altura existentes e devidamente legalizadas passariam ao regime jurídico do ensino superior. Essa portaria com o regime especial de transição para o regime jurídico de ensino superior dessas escolas até hoje não saiu. Já lá vão nove anos penso eu. Continuamos à espera que saia. Terceiro, na sequência duma Comissão Técnica Consultiva estabelecida pela Lei 45/2003, a Lei 72/2013 estabelece um Conselho Consultivo das TNC para funcionar junto do Ministério da Saúde, para fazer a intermediação entre a situação das profissões e o Ministério da Saúde, constituído por 14 representantes das sete TNC e um número praticamente igual de representantes dos ministérios da Saúde, Educação e Ensino Superior, ordens profissionais dos Médicos e dos Farmacêuticos, e Defesa do Consumidor. Esse Conselho foi criado e os seus membros nomeados pelo Governo. Trabalhou durante cerca de dois anos num Código Deontológico para o conjunto das TNC, que foi aprovado quase por unanimidade e enviado para o Ministro da Saúde. Até hoje não há resposta sobre se aprova para promulgação, se quer modificações, ou se não aprova. Sendo que pouco tempo depois disso, quando se ia começar a estudar um sistema de formação continua obrigatória para todos os profissionais das TNC, proposto pelos representantes das TNC, esse Conselho Consultivo deixou de ser convocado, até hoje. Só pode representar prejuízo para pacientes e profissionais a inexistência duma representação das profissões das TNC ativa junto dos Ministérios que tutelam as TNC, nomeadamente o da Saúde”.

Quarta questão:

**“As TNC podem ser complementares à medicina ortodoxa ou efetivamente são uma alternativa a esta?”**

Na quarta questão as respostas dadas por estes profissionais revelam que existe uma posição diferente e um entendimento das TNC percecionado por abordagens opostas. Os profissionais José Faro e Deolinda Fernandes afirmam que esta questão apenas pode ser respondida tendo em atenção cada caso individual, havendo situações clínicas em que as TNC são uma alternativa e noutras em que existe uma intervenção “combinada”. Nuno

Lemos pelo contrário afirma categoricamente que as TNC nunca devem ser vistas como uma alternativa.

José Faro “Repare que essa discussão vem pelo menos dos anos 70 e nunca ninguém a conseguiu resolver. Isso em abstrato não tem resposta. Há casos de pacientes cuja situação recomenda a medicina convencional, há casos de pacientes que podem ser tratados apenas no quadro das TNC. Há casos, que são a maioria, em que se faz um trabalho combinado, sendo essa a opção da maioria dos pacientes. Ou seja, o grande tema nessa área é desenvolver o conhecimento recíproco entre os vários tipos de cuidados de saúde de forma a que, sempre que necessário, haja um diálogo fácil entre os diversos intervenientes nos cuidados que são prestados ao paciente, a par com a competência de remeter sem hesitação o paciente para outra área de saúde sempre que isso for do seu interesse.... Em alguns casos é complementar e noutros casos não é. E só se pode decidir à cabeceira de cada paciente individual. Depende do caso. Em abstrato essa pergunta não faz sentido”.

Deolinda Fernandes “Por exemplo, hoje já existe na Faculdade de Medicina de Lisboa uma cadeira cujos alunos vêm para conhecer no concreto outras vertentes de cuidados de saúde, para poderem dialogar com elas no futuro da sua profissão. Por outro lado, nós, aqui na Escola de Medicina Tradicional Chinesa, sempre tivemos cadeiras da vertente médica ocidental, aliás como as outras escolas da área das TNC...”.

Nuno Lemos “As TNC não devem nunca ser vistas como uma alternativa. Esta divisão que se fala nunca teve muita lógica. Dentro das TNC existem terapias que não tem qualquer utilidade clínica. Logo não são complementares ou alternativas a nada. Das principais áreas que podem ter interesse, nomeadamente acupuntura e osteopatia, tem sempre lógica pensar numa dimensão multidisciplinar e nunca em compartimentos isolados. A principal indicação clínica para estas terapias é a dor. A dor enquanto fenómeno multidimensional e multifatorial não pode ser tratada unicamente com uma só abordagem isolada de todas as outras. Existe uma outra questão mais importante que se relaciona com a compatibilidade das terapias. Por exemplo, a homeopatia é basicamente água. Não existe qualquer problema de interação farmacodinâmicas com a medicação ocidental. No entanto, a fitoterapia já tem princípios ativos que podem interagir com a medicação. Isto representa um desafio clínico na medida que os tratamentos podem tornar-se incompatíveis”.

Quinta questão:

**“As TNC devem ser integradas no Serviço Nacional de Saúde? Se sim questiono de que forma deve ser realizada essa integração.”**

Na quinta questão a opinião destes profissionais das TNC também diverge como podemos observar no discurso de cada um deles. Nuno Lemos é de parecer que esta integração não deve ser realizada no futuro imediato, sendo necessário primeiro resolver determinadas questões crucias a nível científico, académico e profissional.

Nuno Lemos “*O que está em causa não é a integração das TNC, mas sim de profissionais provenientes das TNC. A acupuntura já se encontra integrada no SNS há vários anos, através dos médicos. A questão, então, seria: devem os novos profissionais das TNC ser incorporados no SNS? Na minha opinião não deveriam. Pelo menos, para já. Em primeiro lugar a lei regulamentou profissões, mas não as validou cientificamente ou aprovou clinicamente. Não tem lógica estar a contratar homeopatas quando são necessários médicos de família. Em segundo lugar, as novas profissões, são constituídas por diversos tipos de profissionais sem cursos base semelhantes. Alguns sabem bastante e outros sabem muito pouco. Seria preferível, na minha opinião, continuar a lutar pela homologação dos cursos e garantir mais licenciados devidamente formados para começar a integrar em algumas equipas. Por outro lado, também é relevante apontar que a integração destes profissionais se vai fazer em coordenação com outras equipas de saúde o que leva o seu tempo. No meu entender, a principal prioridade de muitos profissionais das TNC deveria ser procurar pontes de diálogo com outras profissões baseadas numa discussão aberta dos seus fundamentos científicos e de evidência”.*

Os profissionais Deolinda Fernandes e José Faro afirmam que a integração das TNC no serviço nacional de saúde seria benéfica para os doentes, no entanto, na sua opinião, esta integração deve respeitar a autonomia técnica e deontológica dos profissionais das TNC.

José Faro “*A principal questão é o artigo 5.º da lei n.º 45/2003 que diz que estas profissões têm total autonomia técnica e deontológica e, se quiser, podemos recuar ao artigo 4.º que diz que têm filosofias, métodos de diagnóstico e métodos de tratamento diferentes. Isso é que tem que ser preservado e não será imediatamente fácil de resolver na integração das nossas profissões no serviço nacional de saúde. (...) Acho que há uma evolução histórica a decorrer nessa direção e que iremos acompanhá-la e ver o que se passa. Do ponto de vista dos pacientes é da maior relevância: representaria um enorme incremento da acessibilidade deste tipo de cuidados de saúde... (...) Se me permite ainda, Cristina, uma integração das profissões de saúde das TNC nas carreiras do SNS, para estar em acordo com a Lei de Bases da Saúde deve respeitar, tal como nas outras profissões de saúde, a *leges artis* de cada uma. Cada profissão tem o direito de que a sua *leges artis* seja respeitada. No nosso caso isso inclui o artigo 5.º da lei n.º 45 /2003 lei do enquadramento base das TNC que, como referi, prevê total autonomia técnica e deontológica das nossas profissões”.*

Sexta questão:

### **“Qual o futuro das TNC em Portugal e Internacionalmente?”**

Por último temos a última questão em que as opiniões divergem completamente. Os profissionais Deolinda Fernandes e José Faro referem que as TNC são uma necessidade a nível da saúde. O futuro da saúde vai ter que obrigatoriamente implicar as TNC.

José Faro “*Vai ser esplêndido. É uma necessidade histórica como disse logo do início. A Medicina Convencional, junto com os mais notáveis progressos, vai também evidenciando os seus constrangimentos e limitações. Tem que haver também outras soluções de saúde, em termos de redução de custos, em termos de intervenções sem efeitos secundários, em termos de medidas preventivas e de educação para a saúde junto das populações. O sistema de cuidados de saúde tem que ser enriquecido na sua composição para ser viável no futuro, digamos assim*”.

Deolinda Fernandes – “*Por exemplo, o nível de poluição dos rios com medicamentos, neste momento, já é brutal. Estão a fazer-se estudos sobre isso e até temos um colega Homeopata que está a fazer um mestrado sobre essa questão. Há quem diga que daqui a duas décadas deixamos de ter peixes porque o nível de poluição de rios e mares com medicamentos será insustentável para a vida animal*”.

José Faro – “*Há populações de peixes com os hábitos reprodutivos completamente alterados, com os hábitos de socialização completamente alterados, com alterações genéticas. Há dados que neste momento permitiriam a qualquer médico, quando prescreve certos produtos farmacêuticos, perguntar se o paciente consome água da torneira ou não. E se consumir tem que alterar a posologia, pois estamos todos a beber os medicamentos que as ETARs não conseguem eliminar. Trata-se dum vulcãozinho escondido que daqui por uns anos poderá explodir. Essa poluição do meio ambiente tem depois retroação sobre o próprio ser humano. Muitas substâncias oriundas de medicamentos de consumo humano e veterinário, estão-se a tornar um gravíssimo problema, embora se fale ainda pouco sobre isso. Portanto, sem dúvida a tônica no futuro tem que recair mais sobre os métodos de saúde que não fazem mal, nem ao ambiente nem à própria pessoa que as toma, sobre a prevenção com a tônica toda no estilo de vida para garantir a saúde, tornando de facto o apoio hospitalar e químico uma exceção que não pode ser a regra. Para dizer mais acerca do futuro previsível para as TNC falta uma coisa. As profissões amadurecerem enquanto profissões com o tempo e encontram gradualmente os seus denominadores comuns próprios, aperfeiçoam os serviços que prestam e ganham visibilidade pública enquanto tal. O que é normal! São profissões novas no nosso país, que estão ainda à procura das formas ideais para a sua plena integração na sociedade, para daqui a algum tempo, estes grupos de profissionais disporem de uma face coletiva reconhecível e uma superior consciência da sua missão social específica. Isso é um processo que está também a acontecer. Não se pode decretar nem acelerar artificialmente? É processo sócio-histórico que está a acontecer. E terá os seus frutos quando chegarem as alturas*”.

José Faro – “*(...) Mas a crise na saúde não é atual, vem pelo menos da pré-história. Ou seja, isto é um processo histórico. Agora temos esta fase, mas não é preciso dramatizar esta fase. A verdade não está na fotografia. A verdade está no filme. Agora estamos nesta fase, começámos na pré-história. Agora estamos nesta fase e vamos continuar. Portanto não há nada de especial a acontecer. As TNC estão a difundir-se graças ao aumento da cultura das populações e à globalização, multiplicando-se as possibilidades. Neste momento na China há 4000 mil hospitais de medicina tradicional, com cerca de meio milhão de camas de internamento, com quatrocentos e cinquenta mil especialistas de medicina tradicional chinesa, eles dizem médicos de medicina tradicional, com quarenta e oito mil unidades de saúde de MTC para além dessas, e isto não inclui os consultórios privados e nem as farmácias onde se fazem muitas consultas*

*informais. Tudo isso quer dizer que 40% dos cuidados de saúde na China, neste momento, são de medicina tradicional. Nos anos 70, na sequência da revolução cultural, praticamente deixou de haver medicina chinesa na China. Muitos especialistas, acupuntures, e outros foram mortos, perseguidos, tiveram que emigrar, fingir que não eram profissionais da área, etc. Neste período, desde os anos 70 até agora estamos com estes números. Universidades com licenciaturas, mestrados e doutoramentos em medicina chinesa são duzentas e sessenta e cinco na China, quarenta e cinco são só de medicina chinesa. Os dados sobre a situação mundial das TNC, por exemplo se viu o relatório da OMS sobre de 2014 e agora este intermédio de 2019, terá noção do que é que se passa. Isto só com a medicina chinesa, depois há tudo o resto”.*

Deolinda Fernandes – “*Sim em relação aos outros”.*

Nuno Lemos afirma que a maior parte destas TNC não vai conseguir consolidar-se no mercado de saúde, com exceção da osteopatia, devido aos constrangimentos e condicionalismos existentes na aprovação dos seus ciclos de estudos, à assimilação destas por outras profissões, e ao carácter esotérico que algumas apresentam.

Nuno Lemos “*Questão interessante e difícil de responder. Atendendo ao que se observa noutros países e em Portugal assumiria que as TNC serão engolidas pelas outras profissões de saúde. Podemos analisar vários exemplos: Desde a regulamentação da homeopatia que não existe uma única licenciatura aprovada. Nem vai existir. Nenhum departamento de química do politécnico vai aceitar essas licenciaturas e dificilmente serão economicamente vantajosas para a instituição. No entanto, os fisioterapeutas fazem mesoterapia homeopática e os farmacêuticos beneficiam imenso da prescrição e venda da homeopatia. Ao fazerem prescrições gratuitas da homeopatia, os farmacêuticos tornam inviável a profissão de homeopata e tornam cada vez mais difícil alguém desejar tornar-se homeopata uma vez que os custos de entrada no mercado são acessíveis a outros profissionais de saúde. Algo parecido se passa com a acupuntura. Apesar de se terem aprovado licenciaturas de acupuntura dificilmente estas terão futuro por 2 aspetos:*

- 1 - a acupuntura não é uma licenciatura por si mesma. As atuais licenciaturas são na realidade licenciaturas de MTC.*
- 2 - qualquer profissional de saúde pode fazer acupuntura sem precisar tirar uma licenciatura. Neste caso, os fisioterapeutas tem crescido bastante adotando várias técnicas de acupuntura. Os osteopatas, médicos, podólogos também. Especialmente em áreas da acupuntura contemporânea da qual há vários exemplos: punção seca segmentar, eletrólise percutânea, estímulo elétrico nervoso percutindo, etc... Basta olhar o crescimento que a acupuntura médica e a fisioterapia invasiva tem tido nos últimos anos.*

*Em relação à naturopatia não há muito a dizer. Uma profissão que vive da venda de suplementos dos quais não tem qualquer controlo e com um pensamento pré-hipocrático dificilmente vai vingar. Mais uma vez observamos várias profissões a adotar o uso de suplementos e plantas medicinais e a integrá-las com tratamentos contemporâneos: médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, osteopatas, etc... Das diferentes TNC destaca-se a osteopatia por vários aspetos: É a área com maior conteúdo científico; É uma*

*licenciatura de direito pleno; O osteopata oferece serviços diferenciados. Certamente que os fisioterapeutas estão também a entrar na osteopatia. Mas os osteopatas podem partilhar das técnicas dos fisioterapeutas e ser igualmente concorrentes aprendendo técnicas de outras profissões como a acupuntura. O osteopata tem um raciocínio biomecânico e neurofisiológico que o tornam mais aceite para outros profissionais de saúde, especialmente os médicos. Olhando para Inglaterra notamos que os Osteopatas são bem pagos e uma profissão desejada pelas clínicas de medicina convencional. No entanto, essas mesmas clínicas preferem contratar fisioterapeutas que sabem acupuntura do que acupuntadores propriamente dito. Na medida que os acupuntadores portugueses se fecham nas mesmas ilusões esotéricas e tradicionalistas que os seus colegas ingleses é natural que algo semelhante se vá passar em Portugal”.*

## 8.6 Análise e discussão dos resultados

A análise e discussão dos resultados terá em atenção a estrutura organizacional utilizada neste Capítulo até ao momento. O nosso estudo empírico permitiu responder às questões de estudo previamente formuladas, “Quantos estabelecimentos das TNC licenciados existem em Portugal?” e “Quais os distritos em Portugal com maior número de estabelecimentos das TNC licenciados?”, demonstrando que desde a publicação da Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro, que “*estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das terapêuticas não convencionais*” (artigo 1.º da referida portaria), e conseqüentemente da sua entrada em vigor, houve uma proliferação de estabelecimentos das TNC licenciados. Os estabelecimentos das TNC a funcionar de forma clandestina e ilegal até a data de publicação da Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro puderam regularizar a sua situação com a entrada em vigor deste regulamento legal. Não sabemos se houve um aumento de estabelecimentos das TNC a funcionar em Portugal após a regulamentação dos locais de prestação de serviços das terapêuticas não convencionais devido não existirem registos oficiais dos estabelecimentos das TNC em Portugal no período que antecedeu a regulamentação das TNC. Os estabelecimentos das TNC com a regulamentação passaram a ter a obrigação de se registar e licenciar na ERS – Entidade Reguladora de Saúde, entidade competente para licenciar e registar qualquer unidade prestadora de cuidados de saúde e nas quais se incluem as entidades prestadoras de cuidados de saúde na área das TNC. Face a isso apenas podemos afirmar que presentemente existem 946 estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal distribuídos geograficamente pelos 18 distritos de Portugal, com mais incidência nas zonas urbanas do que nas zonas rurais, concentrando-se mais na zona litoral. A Região de Lisboa e do Centro são as regiões com maior número de estabelecimentos das TNC, verificando-se surpreendentemente que a Região Norte, na qual temos o segundo distrito com mais estabelecimentos das TNC licenciados, o Porto, é apenas a terceira região do país com mais estabelecimentos das TNC, não ocupando nenhuma das duas primeiras posições do pódio. No que se refere aos arquipélagos da Madeira e dos Açores não existe qualquer registo de estabelecimentos das TNC. Contudo relativamente ao continente todos os 18 distritos apresentam registo de estabelecimentos das TNC, revelando que as Terapêuticas Não Convencionais são uma prática de saúde a nível nacional.

Relativamente à questão de estudo “Quais as terapêuticas não convencionais legalizadas integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados em



Portugal?”, os resultados do estudo empírico permitem afirmar que a osteopatia é a terapêutica mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados, seguida da acupuntura e da MTC. A osteopatia, terapêutica sem grande tradição no nosso país, que surgiu em Portugal na década de 60 é a terapêutica das TNC regulamentadas mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal atualmente. A acupuntura é a segunda terapêutica mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados, seguida pela MTC. Estas duas terapêuticas, a acupuntura e a medicina tradicional chinesa, as mais divulgadas possivelmente em Portugal pelos meios de comunicação, e representadas pelos profissionais das TNC mais reconhecidos no país, designadamente por Pedro Choy e José Faro, podem não ser, tendo em atenção os resultados do nosso estudo empírico, mas sem ser nossa intenção realizar afirmações absolutas, as terapêuticas mais praticadas em Portugal. Face a isso a questão que se coloca é “Porque é que a osteopatia é a terapêutica mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal?”.

A quiropraxia, terapêutica sem grande tradição no nosso país, que surgiu no nosso país na década de 90, é a terapêutica menos integrada pelos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal, existindo inclusive distritos no nosso país nos quais os estabelecimentos das TNC licenciados não têm nos seus serviços esta terapêutica. A sua pouca praticabilidade nos estabelecimentos das TNC licenciados deve-se ao facto desta ser uma terapêutica sem grande tradição em Portugal, ou a outros fatores sociais, culturais, económicos, académicos, científicos e profissionais não identificados no nosso trabalho?. A naturopatia e a fitoterapia, terapêuticas com grande tradição em Portugal apresentam, comparativamente com as três terapêuticas mais integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados, números bastantes inferiores, o que nos leva a questionar qual o motivo de isso suceder.

Por último no que se refere à homeopatia, terapêutica que presentemente não pode legalmente ser exercida em Portugal, verifica-se que existem estabelecimentos das TNC licenciados com a prestação de serviço nesta área das TNC, apesar de tal significar a prática de uma ilegalidade. A homeopatia, a terapêutica das TNC com registos da sua prática mais antigos em Portugal, como demonstramos no enquadramento teórico, sendo inclusive praticada por médicos, revela-se bastante polémica por um lado por colocar questões no âmbito científico relativamente à sua eficácia e por outro por ser uma prática de há décadas em Portugal que continua a ter adeptos fervorosos que a praticam no campo da clandestinidade e ilegalidade.

No que se refere à questão “Qual a tipologia dos Serviços dos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal?” verifica-se que a maioria os estabelecimentos das TNC tem na prestação dos seus serviços das TNC apenas uma terapêutica e que este serviço, tendo em atenção os resultados do nosso estudo, é de acupuntura ou de osteopatia.

No que concerne à questão “Qual a tipologia do licenciamento dos estabelecimentos das TNC?” este estudo demonstrou que maioritariamente os estabelecimentos das TNC têm apenas licenciamento em terapêuticas não convencionais. Contudo não deixa de ser significativo o número de estabelecimentos com licenciamento simultâneo em terapêuticas não convencionais e em clínicas ou consultórios médicos, assim como o facto de existirem, ainda que com uma percentagem muito reduzida, estabelecimentos com licenciamento somente em clínicas ou consultórios médicos com a prestação de serviços na área das TNC. Estes resultados leva-nos a colocar algumas questões substanciais para compreender o futuro das TNC em Portugal, nomeadamente: “As TNC são exercidas como uma alternativa à medicina ortodoxa nos estabelecimentos com licenciamento apenas nas TNC?”; “As TNC nos estabelecimentos com licenciamento nas TNC e nos consultórios ou clínicas médicas apresentam-se como terapêuticas complementares à medicina ortodoxa?”; “As TNC exercidas nos estabelecimentos com licenciamento apenas em consultórios ou clínicas médicas são subordinadas à medicina ortodoxa?”; e “As TNC nos estabelecimentos com licenciamento nas TNC e nos consultórios ou clínicas médicas, são subordinadas à medicina ortodoxa?”. Estas duas últimas questões remetem-nos para aquilo que alguns autores apelidam de “incorporação”, “acomodação”, ou “cooptação” das TNC pela medicina ortodoxa (Saks, 1995; Callahan, 2002; Baer, 2004), principalmente se tivermos em atenção que os resultados deste estudo revelam que os profissionais responsáveis técnicos pelos estabelecimentos das TNC, - e aqui convém sublinhar que estamos apenas a falar dos responsáveis técnicos dos estabelecimentos com licenciamento nas TNC e dos responsáveis técnicos dos estabelecimentos com licenciamento nas TNC e nos consultórios ou clínicas médicas, - apesar de na sua maioria serem terapeutas das TNC, o número de médicos responsáveis técnicos por estes estabelecimentos não deixa de ser bastante significativo. Almeida (2012a, p. 250) no seu estudo que tinha como tema “*Towards the camisation of health? The countervailing power of CAM in relation to the Portuguese mainstream healthcare system*” refere que os médicos ortodoxos portugueses aceitaram os terapeutas das TNC como um grupo ocupacional subordinado, percecionando-se a eles próprios como gestores da saúde e guardiões dos serviços de saúde. Para além disso o número de estabelecimentos com licenciamento em consultórios

ou clínicas médicas mas com valências nas TNC, apesar de muito reduzido no universo total dos resultados não deixa de revelar que pode estar a existir alguma incorporação das TNC pela medicina ortodoxa.

No que se refere à questão de estudo “Que tipo de profissionais são responsáveis pelos estabelecimentos e serviços das TNC?” da qual já falamos, pelo menos em parte, é nos dado referir que os profissionais das TNC são maioritariamente os responsáveis técnicos dos estabelecimentos e serviços das TNC, e mais uma vez salvaguardando que nos estamos apenas a referir aos estabelecimentos com licenciamento nas terapêuticas não convencionais e aos estabelecimentos com licenciamento nas terapêuticas não convencionais e nas clínicas ou consultórios médicos. Nesta questão foi nos dado também observar que existe um número relevante de profissionais responsáveis técnicos dos estabelecimentos das TNC com outras formações académicas de origem que não médico ou terapeutas das TNC, tais como enfermeiros, terapeutas ocupacionais, dentistas, psicólogos, nutricionistas, entre outros. No que se refere aos serviços das TNC a categoria “médico” e “outro técnico” tem uma frequência residual, nomeadamente 2 frequências a categoria “médico” e 6 frequências a categoria “outro técnico”. Estes resultados permitem responder à questão da nossa investigação “Os profissionais das TNC têm autonomia técnica e deontológica?” de forma positiva.

No que diz respeito às questões de investigação “Quantos profissionais das TNC tem cédula profissional atribuída pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP?” e “Quantas cédulas profissionais em acupuntura, osteopatia, quiropraxia, medicina tradicional chinesa, naturopatia e fitoterapia foram atribuídas pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP?” não nos foi possível responder à primeira destas perguntas devido como já referido as duas plataformas do portal da ACSS terem registos duplicados no que se refere à acupuntura e à osteopatia, e relativamente à segunda, apesar de não podermos apresentar números absolutos, podemos afirmar quais são as terapias das TNC que têm mais cédulas profissionais emitidas pela ACSS. Esta investigação, apesar das limitações encontradas no site da ACSS, permitiu concluir que a osteopatia e a acupuntura são as terapêuticas não convencionais que têm mais cédulas profissionais emitidas pela ACSS. Isto porque o somatório das cédulas profissionais de naturopatia, fitoterapia, quiropraxia e MTC emitidas nas duas plataformas é bastante inferior não só no que diz respeito ao somatório das cédulas profissionais de acupuntura e de osteopatia nas duas plataformas como também no que se refere ao número total em cada plataforma para estas duas terapêuticas. A osteopatia e a acupuntura apresentam, deste modo, registos de cédulas

profissionais, em um número muito superior à das restantes terapêuticas não convencionais. Estes resultados podem talvez ser explicados, em parte, pelo facto, como já referido noutros capítulos deste trabalho, de a acupuntura ser lecionada em várias instituições de ensino em Portugal há várias décadas embora de forma irregular, ou seja, fora dos transmites legais da estrutura de ensino vigente no nosso país. A osteopatia como foi possível verificar é a terapêutica não convencional legalizada que tem mais ciclos de estudos acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior.

No que se refere às questões relativas à fiscalização, queixas e reclamações realizadas aos estabelecimentos e profissionais das TNC constata-se que o número de infrações passíveis de contraordenação relativas a profissionais das TNC é um número bastante elevado, ao contrário do número de reclamações e queixas apresentadas contra esses profissionais, ou seja, constatou-se a existência de 41 infrações passíveis de contraordenação relativas a profissionais das TNC e de apenas 11 queixa e reclamações relativas a profissionais das TNC. O número de infrações passíveis de contraordenação relativas a profissionais das TNC pode ser explicado pela existência de ainda muitos profissionais das TNC que não conseguiram obter cédula profissional devido não cumprirem com os critérios legais. Muitos são os alunos que todos os anos terminam cursos na área das TNC, nas instituições de ensino que não são reconhecidas oficialmente como instituições de ensino superior e não têm os ciclos de estudos desses cursos acreditados pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, não possibilitando desse modo o grau de licenciatura exigido para obter a cédula profissional e exercer legalmente a profissão de terapeuta das TNC. O número de queixas e reclamações apresentadas contra profissionais das TNC não é significativo pelo que é positivo e será um dos motivos pelos quais existe aparentemente grande procura por estas terapias alternativas. As ações de fiscalização aos estabelecimentos das TNC detetaram 10 irregularidades relativas ao registo e licença dos estabelecimentos das TNC o que significa que esses estabelecimentos funcionavam ilegalmente, situação que tendo em atenção o cenário atual português em que muitos dos profissionais das TNC não têm cédula profissional pode ser compreendida.

Relativamente aos ciclos de estudos das TNC acreditados, desde o ano de 2016 até ao ano de 2022, foram acreditados doze ciclos de estudos na área das TNC, conducentes ao grau de licenciatura, tendo sido sete de osteopatia em instituições de ensino superior privadas de ensino politécnico, um de osteopatia em instituição de ensino superior pública de ensino politécnico, três de acupuntura em instituição de ensino superior privada de ensino politécnico, e um em acupuntura em instituição de ensino superior público de ensino

politécnico. Destes doze ciclos de estudos acreditados, oito são deste modo em osteopatia, tendo cinco deles sido acreditados um ano após a regulamentação dos ciclos de estudos de osteopatia, acupuntura, fitoterapia, naturopatia e quiropraxia. Verifica-se que nenhuma das instituições de ensino das TNC, a lecionar cursos das TNC em Portugal há décadas, tais como a Escola de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC), o Instituto Português de Naturologia ou a UMC, conseguiu a sua acreditação institucional ou a acreditação dos seus ciclos de estudos pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. Nos termos das portarias, publicadas em Diário da República, que regulam os requisitos gerais que devem ser cumpridos pelos ciclos de estudos conducentes ao grau de licenciatura em acupuntura, medicina tradicional chinesa, naturopatia, fitoterapia, quiropraxia e osteopatia, os ciclos de estudos das TNC, devem ser administrados em escolas de ensino superior politécnico não integradas ou escolas de ensino superior politécnico integradas em universidade. Uma instituição de ensino para ser reconhecida oficialmente como estabelecimento de ensino superior tem de ser acreditada pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior. A acreditação das instituições de ensino superior e dos seus ciclos de estudos é obrigatória, nos termos do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. A instituição de ensino é acreditada, de acordo com a Lei n.º 38/2007 de 16 de agosto, com base na avaliação da qualidade. Um dos requisitos mínimos, entre outros não menos exigentes, nos termos do artigo 44.º e da alínea c) do artigo 49.º da Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro, para a criação e funcionamento de um estabelecimento de ensino como instituto politécnico “*é que no conjunto dos docentes e investigadores que desenvolvam atividade docente ou de investigação, a qualquer título, na instituição, pelo menos 15 %*” sejam “*doutores em regime de tempo integral e, para além destes, pelo menos 35 %*” sejam “*detentores do título de especialista, os quais poderão igualmente ser detentores do grau de doutor*”. O título de especialista é atribuído na sequência de aprovação em provas públicas:

“a) *por um conjunto de, pelo menos, três estabelecimentos de ensino ou de dois estabelecimentos de ensino e uma escola que ministrem formação na área de atribuição do título; b) por consórcios de institutos politécnicos que integrem, pelo menos, três institutos que ministrem formação na área de atribuição do título*” (artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 206/2009 de 31 de agosto).

Este requisito, entre outros, tem sido um dos obstáculos das instituições de ensino das TNC para conseguir o estatuto de instituto politécnico. Podemos deste modo concluir que a acreditação dos ciclos de estudos e das instituições de ensino das TNC se revela um

processo complexo e multifatorial que implica por um lado o seu não reconhecimento oficial como ensino superior e a não acreditação dos seus ciclos de estudos na área das TNC e por outro a não profissionalização dos terapeutas das TNC.

Por fim falemos da análise às respostas das entrevistas e do questionário realizados a três profissionais das TNC. As respostas das entrevistas e do questionário dos três profissionais das TNC permitem verificar que existe uma perspetiva diferente entre eles no que se refere a questões cruciais das TNC. Verifica-se que os representantes das TNC ditos “pioneiros” apresentam opiniões bastantes divergentes do representante das TNC da década de 2000.

Na primeira questão apesar dos três profissionais das TNC concordarem que existe uma aceitação social das TNC, um aumento na procura destas práticas de saúde, e que a osteopatia foi a terapêutica que mais se destacou após a regulamentação das TNC em Portugal se tivermos em atenção o número de cédulas profissionais emitidas pela ACSS, verificamos que apresentam motivos diferentes para o sucesso desta terapêutica. Nuno Lemos afirma que o seu carácter mais científico e menos esotérico foi o motivo pelo qual esta terapêutica se afirmou perante as restantes, ou seja, teve mais sucesso que as restantes na acreditação dos seus ciclos de estudos que permitem o grau de licenciatura. José Faro e Deolinda Fernandes referem que existe um maior número de cédulas profissionais em osteopatia devido não só existirem mais ciclos de estudos com o grau de licenciatura acreditados, mas também ao facto de muitos destes profissionais que conseguiram obter cédula profissional, terem adquirido formação na área com o Dr. ° Borges Sousa, o que lhes facilitou a obtenção da cédula profissional. Ou seja, o facto da sua formação em osteopatia ter sido adquirida com o Dr. Borges Sousa permitiu que reunissem os critérios legais exigíveis para obter a cédula profissional. Perante estas respostas nas quais são apresentados diferentes motivos para o sucesso da osteopatia, é nos dado dizer, tendo em atenção os nossos dados quantitativos que revelaram que esta é terapêutica mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC, provavelmente a que apresenta um maior número de cédulas profissionais e aquela que tem mais ciclos de estudos acreditados conducentes ao grau de licenciatura, que todos estes fatores apresentados como motivos para o sucesso da osteopatia, apesar de diferentes alguns deles, podem efetivamente ser os fatores de sucesso desta terapêutica não sendo nenhum deles razão de exclusão de outro.

Na segunda questão José Faro afirma que a regulamentação das TNC em Portugal está muito à frente dos restantes países da europa, com exceção da Alemanha, podendo,

no entanto, o nosso quadro jurídico das TNC ser comparado com o de imensos outros países como a Austrália, Nova Zelândia, Canadá, etc. No que se refere a Nuno Lemos sublinhamos a referência que este profissional realiza relativamente à acupuntura e à homeopatia. Segundo Nuno Lemos a acupuntura estaria a ter dificuldade em se afirmar socialmente em Portugal, assim como na Espanha e no Reino Unido “*devido ao predomínio de crenças tradicionais e esotéricas, e diversas profissões de saúde (destacando-se os fisioterapeutas) a crescerem recorrendo a técnicas de acupuntura contemporânea*”. Esta afirmação, no entanto, contradiz os nossos resultados quantitativos que demonstram que esta terapêutica é das mais integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC do nosso país, das que apresenta mais cédulas profissionais e provavelmente, deste modo, das mais praticadas. No que diz respeito à homeopatia, em que refere que esta está “*a ser abertamente aceite pelas farmácias, provavelmente devido aos lucros obtidos pelas receitas dos homeopáticos*” não temos dados relativamente à venda destes produtos para podermos depreender qualquer delação, apenas podemos afirmar que as farmácias de homeopatia existem desde o século XIX, existindo uma história e tradição destes estabelecimentos em Portugal.

Na questão “Quais as principais dificuldades e constrangimentos das TNC?” José Faro e Deolinda Fernandes abordam os constrangimentos e dificuldades resultantes do inacabado processo de regulamentação das TNC em Portugal, nomeadamente prenunciam-se relativamente ao ciclo de estudos de homeopatia que não foi ainda regulamentado, ao Conselho Consultivo das TNC que presentemente não está a exercer funções e ao regime jurídico especial do ensino superior das escolas das TNC que também não foi regulamentado. A alínea 10 do artigo 19.º da Lei n.º 71/2013, de 02 de Setembro refere que

*“as instituições de formação/ensino não superior que, à data da entrada em vigor da presente lei, se encontrem legalmente constituídas e a promover formação/ensino na área das terapêuticas não convencionais legalmente reconhecidas, dispõem de um período até 31 de dezembro de 2023 para a adaptação ao regime jurídico das instituições de ensino superior, em termos a regulamentar pelo Governo em legislação especial”.*

Este regulamento legal relativo aos critérios exigidos às instituições de ensino das TNC para se constituírem como instituições de ensino superior não foi legislado até ao presente.

Para Nuno Lemos existem dois tipos de constrangimentos: os constrangimentos existentes entre os profissionais das sete terapêuticas regulamentadas e os constrangimentos existentes entre os profissionais destas setes TNC e os outros profissionais de saúde. Este profissional das TNC refere que apesar das sete TNC serem regulamentadas pela mesma lei, e dessa forma serem de alguma forma equiparadas, a fundamentação clínica e científica é diferente nas sete terapêuticas, referindo explicitamente, não só na resposta a esta questão mas também noutras, que a homeopatia não tem eficácia clínica e nem fundamentação científica ao contrário da osteopatia. Para além disso afirma que os profissionais de osteopatia e acupuntura têm interesses profissionais diferentes e que nomeadamente os osteopatas não se identificam com muitas das crenças esotéricas dos acupuntores, mas que necessitam deles para terem “*representatividade social*”. Estas afirmações, são bastante relevantes por dois motivos: por um lado verifica-se que provavelmente tal como na década de 60 e 70 algumas das práticas das TNC legalizadas continuam embebidas com o espírito do Movimento Ecológico e da New Age, vigentes nessa época histórica em Portugal, que tinham subjacente determinadas filosofias e princípios ideológicos esotéricos; por outro lado verifica-se que os conflitos intra e inter profissionais das TNC são uma realidade. Os profissionais das TNC apesar destas divergências, como foi demonstrado na análise e descrição do processo de regulamentação das TNC em Portugal, tendo como objetivo atingir uma meta que em última instância é a aceitação social destas TNC, unem-se e põem de lado as suas divergências e lutam pelos interesses que têm em comum. Algumas destas práticas segundo este profissional estão a sofrer aquilo que já foi enunciado neste nosso trabalho, uma “acomodação” ou “assimilação” por outros profissionais da saúde, nomeadamente a acupuntura exercida pelos médicos. Nos resultados quantitativos desta nossa investigação foi possível verificar, como já foi referido, que muitos dos estabelecimentos das TNC, têm como seu responsável médicos e outros técnicos, o que pode significar que existe uma tentativa de acomodação das TNC por outros profissionais.

Na quarta questão, que aborda um tema debatido no enquadramento teórico deste estudo, designadamente se as TNC são uma alternativa ou complementares à medicina convencional, José Faro e Deolinda Fernandes defendem que existem três tipos de situações clínicas: as situações clínicas que só podem ser tratadas com a medicina convencional; as situações clínicas que só podem ser tratadas com as TNC; e as situações clínicas em que o tratamento tem que ser misto, ou seja, com as TNC e a medicina convencional. Para Nuno Lemos contrariamente as TNC nunca podem ser uma



alternativa, referindo que a intervenção das TNC está vocacionada para um tipo específico de doença, designadamente para a situação clínica da dor. Nesta questão constata-se que existe uma posição bastante divergente entre estes três profissionais das TNC não só a nível teórico, filosófico e ideológico, mas também na intervenção clínica. Para além disso Nuno Lemos põe em causa a utilidade clínica de algumas destas terapêuticas, nomeadamente da homeopatia.

Na quinta questão em que se questiona se “As TNC devem ser integradas no Serviço Nacional de Saúde? Se sim questiono de que forma deve ser realizada essa integração.” mais uma vez se observa posições diferentes entre estes três profissionais das TNC. Nuno Lemos nesta questão põe em causa a fundamentação científica de algumas destas terapêuticas e a diferente qualificação profissional que apresentam os terapeutas das TNC. A formação dos profissionais das TNC atualmente é bastante diversificada devido até recentemente estas práticas não estarem regulamentadas e não existem ciclos de estudos acreditados no nosso país que permitam oficialmente terem uma formação académica que lhes atribua competências e capacidades profissionais idênticas e semelhantes, levando a que estes profissionais tenham diferentes níveis de competência profissional. No nosso país existem atualmente cursos nas TNC, por exemplo em acupuntura, com diferente duração, designadamente de 3 meses, de 6 meses, de 2 anos ou de 5 anos, com currículos escolares completamente diferentes e a ser ministrados por professores com formações académicas e qualificações profissionais também bastante diferentes, que resulta que tenhamos profissionais com níveis de competência bastante diferentes. Nuno Lemos ao destacar que a prioridade dos profissionais das TNC “*deveria ser procurar pontes de diálogo com outras profissões baseadas numa discussão aberta dos seus fundamentos científicos e de evidência*”, coloca o foco na fundamentação científica e na evidência de eficácia das TNC.

Os profissionais Deolinda Fernandes e José Faro nesta questão sublinham que uma integração das TNC no SNS seria benéfico para os doentes, no entanto, tal teria de ter em atenção a autonomia técnica e deontológica destes profissionais. A autonomia técnica e deontológica dos profissionais das TNC tem sido desde o início do processo de regulamentação um motivo de luta destes profissionais que tiveram como grandes opositores a Ordem dos Médicos.

Na última questão “Qual o futuro das TNC, em Portugal e Internacionalmente?” obtivemos mais uma vez posições estruturalmente muito diferentes destes profissionais das TNC. José Faro e Deolinda Fernandes numa abordagem ecológica e naturalista

afirmam que as TNC são necessariamente o futuro da saúde. Nuno Lemos refere que apenas a osteopatia tem futuro em Portugal, devido à sua fundamentação científica, afirmando que algumas destas terapêuticas como é o caso da homeopatia e da acupuntura estão a ser assimiladas por outros profissionais, tornando inviável o exercício e o futuro destas profissões das TNC no nosso país.

## Capítulo IX – Conclusão

Em Portugal apesar de existirem alguns estudos sociológicos sobre as MAC, designadamente sobre os processos de legitimação e profissionalização das MAC, centralizando-se estes na análise das relações que se estabelecem entre as MAC, os médicos da medicina convencional e o estado, estes são muito poucos (Pegado, 1998; Franco, 2010; Almeida, 2012), e não existe, na atualidade nenhum estudo empírico sobre a evolução das MAC após a sua regulamentação, focado em resultados quantitativos. Podemos então afirmar que o principal contributo da nossa tese é a produção de conhecimento científico sobre a evolução das MAC após a sua regulamentação em Portugal, com base em dados empíricos que nos permitiram determinar qual a distribuição geográfica das MAC em Portugal, qual a distribuição geográfica dos estabelecimentos das MAC em Portugal, quantos ciclos de estudos das MAC foram acreditados, qual a terapêutica das MAC mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC em Portugal, etc.

No Capítulo I a construção da Tabela 1 permitiu não só uma reflexão crítica, minuciosa e exaustiva, às várias definições e terminologias dadas às MAC por vários autores e instituições e organizações internacionais, governamentais e não-governamentais pertinentes para esta temática, como também a realização do mapeamento sistemático destas definições e terminologias das MAC nestas últimas décadas, isto é, foi possível verificar a frequência/quantidade de publicações por definição e terminologia. Além desta reflexão crítica e sistemática procedeu-se à análise das várias teorias que distinguem a medicina convencional das medicinas alternativas e complementares, - numa abordagem que teve subjacente o conceito de paradigma proposto por Thomas Kuhn (1970), assim como a incomensurabilidade de paradigmas entre a biomedicina e as medicinas alternativas e complementares, - e ao estudo das várias conceções teóricas que representam as Medicinas Alternativas e Complementares na sua relação com a biomedicina, o que possibilitou a delimitação do campo analítico, determinando limites face a outras práticas terapêuticas, não deixando contudo de demonstrar a permeabilidade e durabilidade desses limites. Neste primeiro capítulo procedeu-se também à exposição das várias perspetivas teóricas das ciências sociais, que explicam a reemergências das MAC no mundo ocidental, construindo alicerces para a compreensão histórico social da reemergência das MAC em Portugal, assim como do seu processo de aceitabilidade social e legitimidade.

Este estudo permitiu concluir que a Organização Mundial de Saúde, instituição da qual Portugal é membro, teve um papel impactante no Processo de Regulamentação das TNC em Portugal. A Organização Mundial de Saúde, através da criação de várias diretrizes orientadoras que incitam os países membros, a eleger políticas e a implementar planos de ação que fortaleçam o papel destas práticas de saúde na manutenção da saúde das populações, teve um impacto essencial na legislação nacional referente às MAC, ao impelir as entidades governamentais portuguesas a concretizar as suas diretrizes e ao possibilitar aos vários atores sociais e políticos que desempenharam papéis ativos no processo de regulamentação das MAC em Portugal recorrer às suas diretrizes para legitimar as suas pretensões políticas, económicas e profissionais.

A União Europeia ao contrário da Organização Mundial de Saúde não teve grande influência no processo de regulamentação das MAC em Portugal. Isto porque a legislação e a regulamentação das MAC a nível da União Europeia são da competência de cada Estado-Membro. Os Estados-Membros da União Europeia apresentam políticas nacionais e quadros jurídico legais das MAC divergentes, assim como processos histórico sociais políticos, o que dificulta um entendimento entre eles que permita uma harmonização da regulamentação das MAC a nível da União Europeia.

No Capítulo II foram construídas várias tabelas e gráficos, tendo subjacentes os resultados do projeto CAMbrella de 2012, do relatório “WHO global report on traditional and complementary medicine 2019” e os dados recolhidos na Base de Dados das profissões regulamentadas da União Europeia, que nos permitiram compreender de que forma Portugal se posiciona internacionalmente neste processo de regulamentação das MAC, apesar dos limites e condicionalismos apresentados por estas duas investigações. Podemos concluir que a maior parte dos Estados-Membros da União Europeia, ao contrário de Portugal, não tinha em 2012 e 2018 uma política nacional das MAC, o que significa provavelmente que nesses países não existia uma regulamentação geral das MAC. Para além disso os Estados-Membros da União Europeia apresentam uma percentagem inferior relativamente aos restantes países membros da WHO no que se refere ao uso das MAC. Contudo nestes dois estudos é possível constatar que Portugal é um dos países da União Europeia com maior avanço na regulamentação das MAC. No que se refere às profissões das MAC regulamentadas, apesar da informação nestes dois estudos ser bastante incongruente e deste modo inconclusiva, verifica-se que o quiroprático é o profissional mais regulamentado a nível da União Europeia (esta

profissão está regulamentada em 12 Estados-Membros), o osteopata é a segunda profissão mais regulamentada (esta profissão está regulamentada em 8 Estados-Membros) as profissões de medicina tradicional chinesa e de acupuntor são as terceiras profissões mais regulamentada, apresentando ambas o mesmo número de Estados-Membros com a sua regulamentação (estas profissões estão regulamentada em 5 Estados-Membros), seguidas pela profissão de homeopata (esta profissão está regulamentada em 4 Estados-Membros) e pela profissão de fitoterapeuta que é a que está menos regulamentada nos países membros da União Europeia (esta profissão está regulamentada em 3 Estados-Membros). O naturopata não tem a sua profissão regulamentada em nenhum Estado-Membro, a não ser em Portugal. Tendo em atenção que a União Europeia é constituída por 28 Estados-Membros, constata-se que as profissões das MAC são muito pouco regulamentadas na União Europeia, o que mais uma vez demonstra que Portugal é um dos poucos países da União Europeia que tem avançado com a regulamentação das MAC. O quiroprático, a terapêutica das MAC que o nosso estudo empírico revelou ser provavelmente a menos praticada no nosso país, é a profissão mais regulamentada pelos países da União Europeia. Tal faz-nos questionar se a regulamentação da quiropraxia no nosso país resultou, tendo em atenção que a quiropraxia é uma prática de saúde recente no nosso país, com uma história recente e aparentemente pouco praticada no nosso país, em parte do facto de outros países da União Europeia já a terem regulamentado (os Estados-Membros regulamentaram a profissão de quiroprático antes do nosso país), e o nosso país ter simplesmente seguido o exemplo. O osteopata é a segunda profissão mais regulamentada da União Europeia, seguida pelas profissões da medicina tradicional chinesa e da acupuntura, profissões das MAC regulamentadas em Portugal. Estes dados também revelam que existem muitos médicos e outros profissionais de saúde a exercer profissionalmente as MAC. Os nossos resultados empíricos demonstraram que em Portugal existe um número significativo de médicos e outros profissionais de saúde envolvidos na prática profissional das MAC, ainda que não diretamente, o que pode revelar algumas características semelhantes com o processo de regulamentação e aceitabilidade social das MAC de outros países da União Europeia, designadamente pode estar a suceder relativamente pelo menos a algumas destas terapêuticas das MAC, tal como afirmava Nuno Lemos, a apropriação destas práticas por outros profissionais de saúde, como é o caso da Letónia em que a acupuntura, a homeopatia, a osteopatia, a osteorreflexoterapia e a hipnoterapia são especialidades médicas. O projeto de CAMbrella revela que nos 28 Estados-Membros da União Europeia, apenas em 16 as

MAC são praticadas pelos profissionais das MAC, nos restantes países as MAC são praticadas apenas pelos médicos ou pelos profissionais de saúde, ou por ambos estes profissionais. Este fenómeno pode ser explicado através de diferentes conceitos teóricos como o pluralismo médico, a hibridização, a domesticação, a convergência, a complementaridade e a integração, oriundos de diferentes teorias históricas, sociológicas e sociais. O processo de regulamentação das MAC a nível da União Europeia, é bastante divergente, encontrando-se diferenças de país para país relativamente às terapêuticas praticadas e regulamentadas, à formação exigida para poder exercer a profissão de terapeuta das MAC, aos profissionais que as praticam, sendo em alguns países algumas delas praticadas exclusivamente por médicos, noutros por profissionais das MAC, ou ainda por profissionais de saúde ou por ambos. Por fim questionamos, tendo em atenção a análise realizada às diversas tabelas e gráficos construídos neste capítulo, se algumas destas profissões, nomeadamente a fitoterapia, que está regulamentada em muitos poucos países da União Europeia, e a naturopatia que segundo estes estudos está regulamentada apenas em Portugal, e apresentam resultados no nosso estudo inferiores às restantes modalidades das MAC, têm um futuro promissor ou efetivamente estão condenadas ao seu desaparecimento ou marginalização.

No que diz respeito ao uso das MAC e às razões para usar as MAC, esta investigação não incidiu sobre esses temas, no entanto, tendo em vista, o número de estabelecimentos licenciados das MAC, assim como o número de cédulas profissionais registadas é possível deduzir que as MAC são usadas pela população portuguesa, ainda que não possamos quantificar esse uso das MAC. No entanto o uso das MAC no nosso país, de acordo com os poucos estudos realizados, designadamente o desenvolvido pelo projeto de investigação “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais” em 2008, pela Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), em 1992, e pelo European Social Survey (ESS)<sup>1</sup> em 2004, era bastante baixo à umas décadas atrás, o que nos leva a questionar o que impulsionou em Portugal a regulamentação destas práticas, que ao contrário da maioria dos restantes países da União Europeia, apresenta-se como um país de vanguarda nesta área da saúde.

---

<sup>1</sup> O European Social Survey, programa de investigação europeu, que consiste na administração de um inquérito por questionário, de dois em dois anos, a amostras representativas das populações de diversos países europeus, tem como finalidade medir, de forma comparada, as atitudes e práticas sociais das populações em vários domínios. Alice Ramos do Instituto de Ciências Sociais (ICS) da Universidade de Lisboa é a Coordenadora Nacional do ESS, sendo a sua representante em Portugal. Rosário Mauritti do ISCTE-IUL e Paula Pinto do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCS) da Universidade de Lisboa desempenham também funções para o ESS.

Nos Capítulos IV e V é apresentado o processo histórico social político das MAC em Portugal, desde o seu nascimento, à sua reemergência e posterior regulamentação, demonstrando através da análise de três períodos histórico-políticos a relação complexa e simbiótica que a medicina convencional e as medicinas alternativas e complementares mantiveram ao longo dos séculos, caracterizada inicialmente pela coexistência de dois paradigmas epidemiológicos, posteriormente pela ascensão da medicina científica na sociedade ocidental e a marginalização das medicinas alternativas e complementares e por fim pela reemergência destas e uma representativa crise simbólica no paradigma médico-científico.

No Capítulo VI é demonstrado de que forma a relação histórica entre Portugal e Macau contribuiu para a aceitação e regulamentação das MAC, mais propriamente da medicina tradicional chinesa. No âmbito de uma estratégia económico-política a República Popular da China usando Macau, como ponte e plataforma, realizou nas últimas décadas várias ações no âmbito político, económico, social, académico e cultural que tiveram como finalidade impulsionar a aceitação e regulamentação da medicina tradicional chinesa no nosso país, e como meta final obter benefícios económicos e comerciais para o seu país.

Tendo em atenção as questões orientadoras da pesquisa empírica iremos enunciar as conclusões produzidas pelo estudo no que se refere aos resultados quantitativos e qualitativos, numa lógica analítica que pretende a reconstrução de conhecimento sobre as MAC.

**“Quantos estabelecimentos das TNC licenciados existem em Portugal?”**

**“Quais os distritos em Portugal com maior número de estabelecimentos das TNC licenciados?”**

Os resultados empíricos desta investigação demonstram que em Portugal existem 946 estabelecimentos das TNC licenciados distribuídos pelos 18 distritos do país, existindo com exceção dos arquipélagos da Madeira e dos Açores nos quais não encontramos registo de nenhum estabelecimento das TNC licenciado, incidência em todos os distritos, ainda que com percentagens diferentes, e com maior incidência nos centros urbanos. Estes resultados podem revelar que as MAC não são apenas um fenómeno urbano, carecendo, no entanto, de investigação científica para se poder estabelecer qualquer conclusão. Para além disso ao contrário do que se esperava a Região Centro foi a segunda região portuguesa com maior incidência. Estes resultados leva-nos

a elaborar as seguintes questões que carecem de resposta e de futuras investigações científicas: “Qual o perfil dos usuários das MAC em Portugal?”; e “Quais as razões pelas quais os indivíduos usam as MAC?”.

**“Quais as terapêuticas não convencionais legalizadas integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal?”**

Os resultados empíricos revelaram que a osteopatia e a acupuntura são as terapêuticas mais integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados em Portugal. A osteopatia desde 2016 que tem oito ciclos de estudos acreditados pela Agência de Acreditação e Avaliação do Ensino Superior, estando, desde essa data, a ser lecionada por várias instituições de ensino superior. Isto pode ser um dos motivos pelos quais ela é a mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC, principalmente se tivermos em atenção que na primeira plataforma da ACSS, o número de cédulas profissionais de osteopatia registadas é de 873, e na nova plataforma da ACSS o registo é bastante superior com 2167 cédulas profissionais (tendo em atenção, no entanto, que algumas destas cédulas estão registadas duplicadamente), o que pode significar um aumento de cédulas profissionais em osteopatia devido à obtenção do grau de licenciatura em osteopatia. Para além disso se tivermos em atenção os dados disponibilizados pela ACSS, em dezembro de 2016, 959 terapeutas de osteopatia tinham requerido cédula profissional, tendo entre esses sido atribuída cédula profissional a 539 profissionais, constatamos que as cédulas profissionais de osteopatia registadas na primeira plataforma, são na sua maioria referentes a pedidos solicitados antes do termo da licenciatura de osteopatia pelos primeiros alunos a frequentar os ciclos de estudos acreditados. Ou seja, estas primeiras cédulas profissionais de osteopatia emitidas são referentes a pedidos realizados num período em que os profissionais não tinham o grau de licenciatura exigido, uma vez que o primeiro ciclo de estudos de osteopatia conducente ao grau de licenciatura apenas foi acreditado no ano de 2016. Para concluir este nosso raciocínio analítico informamos que nos termos do n.º 3 do artigo 19.º da Lei n.º 109/2019, de 9 de setembro, e por informação prestada pelas escolas superiores que ministram os cursos de Licenciatura em Osteopatia, o prazo para apresentação de requerimentos para atribuição de cédula profissional ao abrigo da Disposição Transitória, foi encerrado para a área de osteopatia, no dia 08/07/2020, pelo que todos os requerimentos apresentados após essa data são relativos a profissionais com licenciatura em osteopatia. Podemos, então, afirmar, ainda que tendo em atenção que a metodologia utilizada no nosso estudo



empírico não nos permite fazer generalizações, e que estes resultados podem ser provocados por outro tipo de razões, por exemplo podia ter havido profissionais que apesar de reunirem os requisitos para obtenção de cédula profissional não a requereram imediatamente e só mais tarde o fizeram, que a regulamentação e institucionalização da osteopatia, podem ter provocado um aumento na oferta dos seus serviços. A hipótese formulada no nosso estudo empírico “Houve um aumento das TNC em Portugal com o novo quadro jurídico criado pela legalização das suas práticas terapêuticas”, é aparentemente confirmada no que se refere à osteopatia. Não podemos, no entanto, deixar de sublinhar que existem outros fatores que podem ter tido impacto, como referido, na integração da osteopatia nos serviços dos estabelecimentos das MAC licenciados, que não foram avaliados neste estudo e carecem de estudos quantitativos e qualitativos mais aprofundados, nomeadamente a resposta à seguinte questão “Quantas cédulas profissionais em osteopatia foram requeridas ao abrigo da disposição transitória<sup>2</sup> e quantas foram requeridas no âmbito de conclusão de licenciatura?”.

A acupuntura é a segunda terapêutica mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados. Este resultado, ao contrário da osteopatia, não nos parece que se deva à institucionalização do seu ensino. Na acupuntura, que tem quatro ciclos de estudos acreditados, que está desde o ano letivo de 2017-2018 a funcionar numa instituição de ensino superior<sup>3</sup>, foi possível requerer cédula profissional ao abrigo da Disposição Transitória do n.º 3 do artigo 19.º da Lei n.º 109/2019, de 9 de setembro, até ao dia 20/08/2021. Na acupuntura existem três fatores que refutam a hipótese de ter existido um aumento na prática da acupuntura após a conclusão da sua regulamentação: os dados fornecidos pela ACSS, em dezembro de 2016, informam que tinham sido requeridas até essa data, 1341 cédulas profissionais em acupuntura, e de entre esses pedidos foram atribuídas 763 cédulas profissionais em acupuntura; os resultados do nosso estudo empírico revelam a emissão de 1246 cédulas profissionais em acupuntura na primeira plataforma da ACSS e o registo de 1768 cédulas profissionais de acupuntura (mais uma vez tendo em atenção a duplicação de registo de cédulas) na nova plataforma

---

<sup>2</sup> Nos termos do n.º 3 do artigo 19 Lei n.º 109/2019 de 9 de setembro que altera a Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, os profissionais das MAC que tenham concluído a sua formação em instituições não integradas no sistema de ensino superior ou em instituições de ensino superior não conferente de grau superior, após a entrada em vigor da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, podem solicitar a respetiva cédula profissional junto da ACSS, até 31 de dezembro de 2025, desde que o façam até à atribuição do primeiro grau de licenciado em cada uma das terapêuticas não convencionais regulamentadas.

da ACSS, verificando-se que apesar de existir um maior número de registos na nova plataforma, esta diferença não é tão elevada como se verificou na osteopatia; e o facto de até agosto de 2021 ser possível a aquisição de cédula profissional em acupuntura sem possuir licenciatura nesta área. É nosso entender que provavelmente não existiu um aumento na prática da acupuntura devido à sua regulamentação e institucionalização, podendo a diferença de registos de cédulas profissionais existente entre a primeira plataforma e a nova plataforma da ACSS dever-se a outro tipo de razões como por exemplo os profissionais de acupuntura apesar de reunirem os critérios necessários para requerer a cédula profissional não o terem realizado num primeiro momento e apenas terem requerido cédula profissional posteriormente ou alunos das escolas de ensino das MAC, terem terminado a sua formação posteriormente. Face a isso, ao contrário do que sucedeu com a osteopatia, a sua regulamentação e institucionalização não pode ser considerada um motivo para explicar, esta ser a segunda terapêutica mais praticada nos estabelecimentos das TNC licenciados. O curso de acupuntura foi lecionado durante décadas nas instituições de ensino das MAC em Portugal. Estas instituições não foram ainda integradas no sistema de ensino superior aguardando nos termos da Lei n.º 71/2013 de 2 de setembro, alterada pela Lei n.º 109/2019 de 9 de setembro, regulamentação especial que determine quais os termos da sua adaptação ao regime jurídico das instituições de ensino superior. A Escola de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC) presidida por José Faro, o Instituto de Medicina Tradicional (IMT), entretanto extinto, e a Escola de Medicina Chinesa de Pedro Choy são exemplos de algumas dessas escolas a administrar cursos na área das MAC há décadas. Pedro Choy, diretor da Escola de Medicina Chinesa, e José Faro, diretor da Escola de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC), fazem parte, inclusive, do júri da entrevista de avaliação profissional a que são submetidos, de acordo com artigo 5º da portaria nº 181/2014, de 12 de setembro, os requerentes de cédula profissional de medicina tradicional chinesa que na apreciação curricular obtiveram uma pontuação inferior a oito. O motivo pelo qual a acupuntura é a segunda terapêutica mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados pode dever-se a uma representatividade cooperativa e associativa bastante forte existente no nosso país nesta área das MAC, acrescida de uma visibilidade social veiculada pelos mais diversos meios de comunicação social, tais como jornais, revistas, TV e rádio. A medicina tradicional chinesa, terapêutica no nosso país, possivelmente com idêntica representatividade cooperativa e visibilidade social que a acupuntura, apenas é a terceira terapêutica mais praticada nos estabelecimentos das TNC licenciados.

Isto pode dever-se ao facto de esta terapêutica ter sido regulamentada mais tarde, a portaria que regula o ciclo de estudos da medicina tradicional chinesa foi publicada em Diário da República apenas em fevereiro de 2018, o que impediu os seus profissionais de requerer cédula profissional. Só foi possível requerer cédula profissional na área da medicina tradicional chinesa após a regulamentação do seu ciclo de estudos, isto nos termos da lei das TNC. Para além disso até à data presente não existe nenhum ciclo de estudos em medicina tradicional chinesa acreditado. Neste caso a não regulamentação e institucionalização pode ser o motivo pelo qual esta terapêutica, com grande representatividade associativa e visibilidade social no nosso país, é apenas a terceira terapêutica mais praticada nos estabelecimentos das TNC licenciados. A naturopatia, a fitoterapia e quiropraxia regulamentadas desde junho de 2015, mas sem nenhum ciclo de estudos acreditado a funcionar, são as terapêuticas que apresentam um menor número de emissão de cédulas profissionais. Os profissionais que exercem nos estabelecimentos das TNC licenciados têm de ter cédula profissional. A fitoterapia, mas principalmente a naturopatia, terapêuticas com tradição no nosso país, e com alguma representatividade cooperativa ainda que não tenham a mesma visibilidade social que a acupuntura e a medicina tradicional chinesa, assim como a quiropraxia, apresentam um número de cédulas profissionais registadas muito baixo. A não acreditação de nenhum ciclo de estudos nestas áreas pode ser um dos motivos pelos quais elas são pouco integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados, ou seja, o facto do ensino nestas áreas não ter sido institucionalizado impede a obtenção do grau de licenciatura requisito principal para obter cédula profissional. O ciclo de estudos da homeopatia não está regulamentado pelo que isso nos parece ser a principal razão pela qual não está integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados.

**“Quantos profissionais das TNC tem cédula profissional atribuída pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP?”**

Esta foi uma questão que não nos foi possível responder apesar de podermos afirmar, ainda que o número que apresentamos seja apenas um indicador muito geral, com base nos registos das cédulas profissionais nas duas plataformas da ACSS que podem existir aproximadamente 8900 profissionais das TNC com cédula profissional. Este número não espelha o número efetivo de profissionais das medicinas alternativas e complementares existente em Portugal. Para além das sete terapêuticas das MAC regulamentadas existem muitas outras a ser praticadas no nosso país, tais como o Zen Shiatsu, a Terapia Sacro

Craniana e a reflexologia, e muitos dos profissionais das TNC regulamentadas continuam a não ter cédula profissional.

**“Quantas cédulas profissionais em acupuntura, osteopatia, quiropraxia, medicina tradicional chinesa, naturopatia e fitoterapia foram atribuídas pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP?”**

O nosso estudo empírico teve dificuldade em responder a esta questão como já foi dito devido a alguns condicionalismos apresentados nas plataformas da ACSS. Para além disso apesar de termos oficialmente requerido junto do Grupo de Trabalho das Terapêuticas Não Convencionais, organismo integrado na ACSS, pedido de esclarecimento, não obtivemos resposta. No entanto, apesar de todas estas limitações, os resultados do nosso estudo apresentam alguns indicadores que nos permitem afirmar que os terapeutas de osteopatia, de acupuntura e de medicina tradicional chinesa são os que apresentam um maior número de cédulas profissionais. A acupuntura e a medicina tradicional chinesa são as terapêuticas não convencionais, juntamente com a osteopatia, com maior número de cédulas profissionais o que pode ser explicado não só pelas razões já apresentadas, que não são exclusivas, mas também pelo fenómeno que Colin Campbell (1997 cit. por Nogueira & Camargo, 2007; Souza & Luz, 2009; Caes, 2009) designa de “orientalização do Ocidente”. Poderá estar a ocorrer em Portugal um processo de orientalização que consiste na substituição do paradigma cultural tradicional do ocidente por uma teodiceia. Ou seja, para além de uma adesão do ocidente ao consumo de produtos ocidentais como temperos, iogurtes e sedas, e práticas, como a ioga ou a acupuntura, existe uma transformação cultural relacionada com a noção de teodiceia que estabelece que o divino está presente em todas as coisas, interpenetra o mundo quotidiano, o homem, a natureza, e o mal é complemento do bem e ambos são filhos do mesmo deus, impessoal e presente na natureza (Nogueira & Camargo, 2007; Souza & Luz, 2008). Para esta transformação cultural contribuiu a estratégia económica e comercial da República Popular da China que através da relação existente entre Portugal e Macau estabeleceu uma ponte de ligação, equacionada sempre pela sua posição privilegiada de potencia económica, que determinou a criação de várias cooperações estruturais e institucionais. Contudo compreender os nossos resultados tendo em atenção apenas estas razões e este quadro teórico seria redutor, a sua explicação só pode ser dada através de um conjunto multifatorial de razões e explicações que carecem de estudo científico. Estas explicações apenas podem ser um indicador do motivo por que a acupuntura e a medicina tradicional

chinesa são das terapêuticas com mais cédulas profissionais no nosso país e mais integradas nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados. O facto da osteopatia ser a terapêutica com mais cédulas profissionais e mais integrada nos estabelecimentos das TNC licenciados demonstra que não nos podemos restringir a estas explicações.

As cédulas profissionais emitidas em naturopatia, fitoterapia e quiropraxia foram muito poucas. Em dezembro de 2016, segundo a ACSS, tinham sido requeridas 617 em naturopatia, e entre estas sido atribuídas 318 cédulas profissionais em naturopatia, e em fitoterapia tinham sido requeridas 462, e entre estas sido atribuídas 296 cédulas profissionais em fitoterapia. Presentemente apenas existem 640 cédulas profissionais em naturopatia e 598 cédulas profissionais em fitoterapia. Estas duas terapêuticas com tradição histórica em Portugal, e com alguma representatividade cooperativista, principalmente a naturopatia, podem apresentar estes números por três motivos: não apresentam a mesma visibilidade social que a acupuntura e a medicina tradicional chinesa; existem menos instituições de ensino das MAC nestas áreas<sup>4</sup>; o seu ensino não foi institucionalizado. A quiropraxia é a terapêutica com menos cédulas profissionais o que pode ser explicado também por estes três motivos, mas também pelo facto de esta terapêutica ser uma prática recente no nosso país, sem grande tradição histórica.

**“Quais os ciclos de estudo das TNC acreditados?”**

**“Que tipo de estabelecimentos de ensino têm ciclos de estudo das TNC acreditados?”**

**“Quantos ciclos de estudo das TNC foram acreditados?”**

A osteopatia e a acupuntura são as únicas terapêuticas das TNC com ciclos de estudos acreditados conducentes ao grau de licenciatura e a ser lecionados em instituições de ensino superior. A osteopatia com 8 ciclos de estudos a serem lecionados em instituições de ensino superior politécnico, 7 em ensino privado, 1 em ensino público, é a terapêutica com mais cédulas profissionais e mais integrada nos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados. A acupuntura tem quatro ciclos de estudos acreditados conducentes ao grau de licenciatura a serem lecionados três em instituições de ensino superior politécnico de natureza jurídica privada, e um em instituição de ensino superior politécnico de natureza jurídica pública. Constatamos que as instituições de ensino superior privadas

---

<sup>4</sup> Estudo realizado por Elsa Pegado (2017) demonstra que o número de cursos em naturopatia e fitoterapia era muito inferior ao existente número de cursos em medicina tradicional chinesa e acupuntura nas instituições de ensino das MAC. No que se refere à quiropraxia não existiam cursos a ser lecionados.

têm liderado na oferta de ensino na área das MAC o que nos leva a concluir que a institucionalização do ensino das MAC se apresenta como um negócio possivelmente bastante rentável. A osteopatia foi a primeira terapêutica das TNC a ter um ciclo de estudos acreditado e aquela que mais ciclos de estudos tem acreditados. Podem ser enunciadas duas hipotéticas explicações para estes resultados: a institucionalização do ensino da osteopatia é um negócio lucrativo para as instituições de ensino superior privadas devido há existência de significativa procura no mercado português e o carácter mais racional e científico, dos seus conteúdos teóricos e práticos possibilitou que reunisse os critérios exigidos para a sua acreditação ao contrário de algumas terapêuticas das MAC que por vezes têm como fundamento teorias, ideologias e filosofias holísticas impregnadas de subjetivismos e esoterismos. Também os ciclos de estudos de acupuntura foram acreditados em instituições de ensino privado, devido plausivelmente a estas duas razões explicativas, nomeadamente revela-se uma oportunidade de negócio lucrativa e reuniu os critérios de qualidade científicos exigidos para a sua acreditação.

No que se refere ao facto de nenhum ciclo de estudos destas terapêuticas estar a ser lecionado em nenhuma das instituições de ensino das MAC isto deve-se à legislação que estabelece que um estabelecimento de ensino só poder ser considerado como instituto politécnico (o ciclo de estudos das TNC conducentes ao grau de licenciatura devem ser administrados em institutos politécnicos segundo a lei), se tiver entre os seus investigadores e docentes pelo menos 15 % de doutores em regime de tempo integral e pelo menos 35 % detentores do título de especialista.

### **Qual a tipologia dos Serviços dos Estabelecimentos das TNC Licenciados em Portugal?”**

Verificou que a maioria dos estabelecimentos das TNC tem na prestação dos seus serviços apenas uma terapêutica e que este serviço, tendo em atenção os resultados do nosso estudo, é de acupuntura ou de osteopatia. A tipologia dos serviços dos estabelecimentos das TNC licenciados é caracterizada maioritariamente pela prestação de um único serviço, nomeadamente em osteopatia ou acupuntura devido pelo menos em parte a naturopatia, a fitoterapia, e a quiropraxia apresentarem números bastante inferiores no que se refere à emissão de cédulas profissionais.

### **“Qual a tipologia do licenciamento dos estabelecimentos das TNC em Portugal?”**

Os nossos resultados empíricos demonstraram que 61% dos estabelecimentos das TNC em Portugal tem apenas licenciamento nas terapêuticas não convencionais, 36% têm

licenciamento em clínicas ou consultórios médicos e em terapêuticas não convencionais e 1,6 % tem licenciamento apenas em consultórios ou clínicas médicas. A ordem dos médicos tem sido uma forte opositora destas práticas de saúde em Portugal como foi revelado, tendo desde o início do seu aparecimento utilizado estratégias sociais e políticas para as submergir à clandestinidade e marginalidade. No entanto a nossa pesquisa revelou que 36% de estabelecimentos têm licenciamento em terapêuticas não convencionais e em clínicas ou consultórios médicos e ainda que com um número muito irrelevante, 1,6 % de estabelecimentos têm licenciamento apenas em consultórios ou clínicas médicas tendo na prestação dos seus serviços as TNC. Podemos então afirmar que um número significativo de estabelecimentos de saúde em Portugal prestam serviços tanto na área das TNC como da medicina convencional. Como refere Willis (1989) parece existir uma convergência entre as TNC e a medicina convencional ainda que esta seja a nível da prática clínica e não propriamente da teoria, deixando de ser central a comensurabilidade ou incomensurabilidade de paradigmas para a avaliação do público em geral. Em Portugal assiste-se deste modo a um pluralismo médico, que permite a existência da diversidade terapêutica fundamentada em diferentes paradigmas do conhecimento da saúde, e em que a legitimidade da prática clínica se sobrepõe à legitimidade científica.

### **“Que tipo de profissionais são responsáveis pelos estabelecimentos e serviços das TNC?”**

No que diz respeito ao responsável técnico pelos estabelecimentos das TNC licenciados verificou-se que 54% dos responsáveis eram terapeutas das TNC, 21 % outros técnicos e 23% médicos. Apesar dos profissionais das TNC serem maioritariamente os responsáveis pelos estabelecimentos das TNC constata-se nesta análise que existe uma percentagem significativa de médicos e outros técnicos como responsáveis destes estabelecimentos. Estes resultados empíricos podem por um lado ser explicados como estratégia de “deferência” (Wiese et al., 2010) por parte dos profissionais das TNC que aceitam uma posição de subordinação à medicina convencional, embora esta pelo menos no contexto português, e tendo em atenção os resultados deste estudo, designadamente que os profissionais das TNC são quase na totalidade os responsáveis pelos serviços das TNC, não seja uma subordinação técnica e deontológica, mas antes uma subordinação hierárquica e funcional, e por outro lado como uma integração, ou seja, como medicina integrativa definida como “ a prática da medicina que reafirma a importância da relação entre médico e paciente, concentra-se em toda a medicina, é informada por evidências e

faz uso de todos os métodos adequados, abordagens terapêuticas, profissionais de saúde e disciplinas para alcançar a saúde e a cura ideais” (CAHCIM<sup>5</sup>). A medicina integrativa que primazia as modalidades terapêuticas baseadas em evidências (Chapman-Smith 2000; Jonas 1998; Best & Glik 2000, cit. por Kelner & Wellman, 2003) é considerada por Walach uma domesticação da MAC (2010 cit. por Holmberg, 2012). Também Baer (2008) defende que a medicina integrativa é mais um exemplo de como a biomedicina nas sociedades desenvolvidas desenvolveu um processo de cooptação destas práticas de cura não convencionais. Coulter & Willis (2007) e Stone & Katz (2005) são outros autores sociais que defendem que a medicina integrativa não passa de aquisição ou incorporação por parte da medicina convencional destas práticas de cura alternativas. Por fim podemos concluir que esta dita integração, domesticação, incorporação ou aquisição destas práticas pela medicina convencional demonstra que estas práticas de cura não são uma moda passageira, representando a realização institucional, política e profissional final de que não desaparecerão.

**“Os profissionais das TNC têm autonomia técnica e deontológica?”.**

Os resultados deste estudo respondem positivamente a esta questão ao revelarem que quase na totalidade os serviços das TNC nos estabelecimentos das TNC licenciados têm como seus responsáveis técnicos profissionais das TNC.

**“Quantas irregularidades e infrações passíveis de contraordenação foram praticadas pelos estabelecimentos das TNC?”**

**“Quantos processos de contra-ordenação foram instaurados aos estabelecimentos das TNC?”**

**Quantas reclamações existiram relativamente aos estabelecimentos das TNC e aos profissionais das TNC?**

Os dados fornecidos pela IGAS – Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, designadamente as vinte e seis irregularidades e quarenta e cinco infrações passíveis de contraordenação detetadas nos estabelecimentos das TNC e as onze queixas e reclamações contra profissionais das TNC, assim como as duas queixas e reclamações contra estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde na área das TNC, revelam que a regulamentação e institucionalização das TNC é um processo histórico e social em que

---

<sup>5</sup> Definição apresentada por esta organização no seu site oficial : <https://imconsortium.org/about/introduction/>



as normas e regras jurídico-legais serão implementadas e cumpridas de forma gradual numa sociedade permissiva socialmente e politicamente perante as TNC.

Por último falemos do resultado da análise das entrevistas e do questionário aos três profissionais das TNC que demonstrou que no seio dos profissionais das TNC em Portugal, existem diferendos clínicos, profissionais e teóricos que se prendem não só com questões relativas às inerentes diferentes abordagens teóricas, filosóficas e clínicas existentes entre as sete terapêuticas não convencionais legalizadas, mas também com questões referentes à fundamentação científica e eficácia destas terapêuticas e à posição que as TNC devem ter perante a medicina convencional, designadamente se as TNC são uma alternativa ou uma complementaridade desta.

Concluimos afirmando que o nosso estudo apesar das várias limitações e constrangimentos apresentados ao longo de todo o processo de investigação, permitiu perceber, no quadro jurídico-legal, que algumas destas terapêuticas regulamentadas tiveram uma evolução positiva, conseguindo designadamente a institucionalização do seu ensino, demonstrando que o seu futuro pode ser promissor, outras, no entanto, revelam que devido a uma prática profissional possivelmente ainda muito assente nos princípios da Nova Era, com preceitos esotéricos e espirituais, continuarão a ser praticadas ainda muito na clandestinidade e poderão nunca sair da marginalidade. Para além disso é nosso parecer que o nosso objeto de estudo enquanto fenómeno social deve ser tema de outras investigações, tal como afirma Pegado (2017) é importante compreender o diferente estatuto institucional e social destas terapêuticas, avaliar a dimensão da sua procura, qual o perfil dos doentes que recorrem a elas, etc. .

## **Bibliografia e Fontes**

### **Bibliografia**

- Abreu, L. (2017). Saúde pública nas Constituintes (1821-1822): ruturas e continuidades. *Análise Social*, 52(222), 6-38.
- Adams, J. (Ed.). (2007). *Researching complementary and alternative medicine*. London: Routledge.
- Adams, V. (2002). Randomized controlled crime: postcolonial sciences in alternative medicine research. *Social Studies of Science*, 32 (5-6), 659-690.
- Adler, S. R. (2002), Integrative medicine and culture: toward an anthropology of CAM. *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (4), 412-414.
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2016), “Terapêuticas Não Convencionais”, dados apresentados em Audição Parlamentar, Comissão de Saúde, a 21 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailheAudicao.aspx?BID=103598>
- Agarwal V (2018). Complementary and Alternative Medicine Provider Knowledge Discourse on Holistic Health. *Front Commun*, 12(1), pp.3-15.
- Allea (All European Academies); Berlin-Brandenburg Academy of Sciences and Humanities (2018) Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação. Edição revista. Disponível em: [https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-forResearch-Integrity-2017-Digital\\_PT.pdf](https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-forResearch-Integrity-2017-Digital_PT.pdf)
- Almeida, J. (2008). O debate político e o conflito inter-profissional em redor da regulamentação das medicinas alternativas e complementares em Portugal. *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*, Lisboa.
- Almeida, J. (2012a). *Towards the CAMisation of health?: the countervailing power of CAM in relation to the Portuguese mainstream healthcare system* (Doctoral dissertation, Royal Holloway, University of London).
- Almeida, J. (2012b). The differential incorporation of CAM into the medical establishment: the case of acupuncture and homeopathy in Portugal. *Health Sociology Review*, 21 (1), 5-22.
- Almeida, J. (2016). Complementary and alternative medicine’s occupational closure in Portuguese healthcare: Contradictions and challenges. *Health*, 20 (5), 447-464.
- Almeida, J., & Gabe, J. (2016). CAM within a field force of countervailing powers: The case of Portugal. *Social Science & Medicine*, 155, 73-81.
- Alves, J. F. (2016). O Legado do Conde de Ferreira e o Hospital de Alienados na reconfiguração da filantropia tradicional. *Saúde, Ciência, Património: Atas do III*

Congresso de História da Santa Casa da Misericórdia do Porto. (pp. 159-174).  
Santa Casa da Misericórdia do Porto.

- Alves, J. F. (2019). Percursos de um brasileiro no Porto: o Conde de Ferreira. *História: Revista Da Faculdade De Letras Da Universidade Do Porto*, 9.  
<https://ojs.letras.up.pt/index.php/historia/article/view/5707>
- Andrews, G. J., Evans, J., & McAlister, S. (2013). 'Creating the right therapy vibe': relational performances in holistic medicine. *Social Science & Medicine*, 83, 99-109.
- Angell, M., & Kassirer, J. P. (1998). Alternative medicine—the risks of untested and unregulated remedies. *New England Journal of Medicine*, 339(12), 839-841.
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *Jama*, 279(19), 1548-1553.
- Araújo, A.C. (coord.) (2000). *O Marquês de Pombal e a Universidade*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Araújo, Y. L. M. M. (2005). Heterodoxias da arte de curar portuguesa de oitocentos: o caso da homeopatia. *Revista da Faculdade de Letras. Historia*, 6(1), 153-167.
- Baer, H. A., (2001a). *Biomedicine and Alternative Healing Systems in America: Issues of Class, Race, Ethnicity and Gender*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press
- Baer, H. A. (2001b). The Sociopolitical Status of U. S. Naturopathy at the Dawn of the 21st Century. *Medical Anthropology Quarterly*, 15(3), 329–346.
- Baer, H. A. (2004). *Toward an integrative medicine: merging alternative therapies with biomedicine*. Rowman Altamira.
- Baer, H. A. (2006a). The drive for legitimation in Australian naturopathy: successes and dilemmas. *Social science & medicine*, 63(7), 1771-1783.
- Baer, H. A. (2006b). The drive for legitimation by osteopathy and chiropractic in Australia: between heterodoxy and orthodoxy. *Complementary health practice review*, 11(2), 77-94.
- Baer, H. (2008). The emergence of integrative medicine in Australia: the growing interest of biomedicine and nursing in complementary medicine in a southern developed society. *Medical Anthropology Quarterly*, 22(1), 52-66.
- Bakx, K. (1991). The 'eclipse' of folk medicine in western society. *Sociology of Health & Illness*, 13(1), 20-38.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina do CES*, 182, 1-33. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>
- Barañano, A. M. (2008). *Métodos e técnicas de investigação em gestão: manual de apoio*

à realização de trabalhos de investigação. Lisboa: Edições Sílabo.

- Barnes, L. L. (2003). The acupuncture wars: The professionalizing of American acupuncture-a view from Massachusetts. *Medical Anthropology*, 22(3), 261-301.
- Barnes, P. M., Bloom, B., & Nahin, R. L. (2008). *Complementary and alternative medicine use among adults and children; United States, 2007*.
- Barry, C. A. (2006). The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *Social science & medicine*, 62(11), 2646-2657.
- Beer, A. M., Uehleke, B., & Wiebelitz, K. R. (2013). The history of inpatient care in German departments focussing on natural healing. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013 (521879), 1-8.
- Bell, I. (2009). Integrative medicine – incorporating complementary and alternative medicine into practice. In: Steven B Kayne *Complementary and Alternative Medicine*. Londres e Chicago, Pharmaceutical Press. 23-42
- Beltrão, I. C. (2017). Noções de saúde e espiritualidade presente no clássico chinês HUÁNG DÌ NÈI JING (Livro do Imperador Amarelo). Dissertação de Pós Graduação. Universidade Federal de Paraíba. Mestre em Ciências das Religiões
- Benbasat, I., Goldstein, D. K., & Mead, M. (1987). The Case Research Strategy in Studies of Information Systems. *MIS Quarterly*, 11(3), 369–386. <https://doi.org/10.2307/248684>
- Bernice, L. N. O. C. (2017). A medicina tradicional chinesa nos cuidados de saúde em Macau. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(13), 157-164.
- Beyerstein, B. L., Ph.D. (2004). *Naturopathy: A Critical Analysis*. Disponível em: <https://quackwatch.org/naturopathy/general/beyerstein/>
- BMA report: British Medical Association (1993). *Complementary medicine: new approach to good practice*. Oxford:Oxford University Press.
- Bombardieri, D., & Easthope, G. (2000). Convergence between orthodox and alternative medicine: A theoretical elaboration and empirical test. *Health*, 4(4), 479-494.
- Braga, I. M. M. D. (2001). *Assistência, saúde pública e prática médica em Portugal:(séculos XV-XIX)*. Universitária editora.
- British Medical Association, & British Medical Association. Board of Science. (1993). *Complementary medicine: new approaches to good practice*. Oxford University Press, USA.
- Broom, A., & Tovey, P. (2007). The dialectical tension between individuation and depersonalization in cancer patients' mediation of complementary, alternative and biomedical cancer treatments. *Sociology*, 41(6), 1021-1039.
- Broom, A., & Tovey, P. (2008). *Therapeutic pluralism: Exploring the experiences of cancer patients and professionals*. Routledge.

- Bryman, A. (2004). Qualitative research on leadership: A critical but appreciative review. *The leadership quarterly*, 15(6), 729-769.
- Bynum, W. F., & R. Porter (ed.). 1993. *Encyclopedia of the history of medicine*. W. Routledge, London, United Kingdom.
- Caes, A. L. (2009). A Orientalização do Ocidente: elementos reflexivos para a compreensão da interação e integração. *Mosaico*, 2(2), 154-164.
- Calado, V. H. (2012). À mesa com o universo: a proposta macrobiótica de experiência do mundo.
- Calado, V. H. (2015). Alimentação, New Age e Saúde Holística. In: *Demetra: Alimentação, Nutrição& Saúde*. Lisboa; Demetra, 2015; 10 (3); 693-704
- Camargo Jr, K. R. D. (1992). (Ir) racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis: Revista de saúde coletiva*, 2, 203-230.
- Camargo Jr, K. T. D. (1997). The biomédice. *Physis: revista de saúde coletiva*, 7(1), 45-68.
- CAMBrella (2012a). The Roadmap for European CAM Research. An Explanation of the CAMBrella Project and its Key Findings. Disponível em: <http://www.cambrella.eu/aduploads/cambrellaroadmap.pdf>
- CAMBrella (2012b). Legal Status and Regulation of CAM in Europe. Part I - CAM Regulations in the European Countries. Disponível em: <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:291583/bdef:Content/get>
- CAMBrella (2012c). Legal Status and Regulation of CAM in Europe. Part II - Herbal and Homeopathic Medicinal Products. Disponível em: <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:291682/bdef:Content/get>
- CAMBrella (2012d). Legal Status and Regulation of CAM in Europe. Part III - CAM regulations in EU/EFTA/EEA. Disponível em: <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:291585/bdef:Content/get>
- CAMBrella (2012e). A pan-European research network for Complementary and Alternative Medicine. Disponível em: <https://cam-europe.eu/librarycam/cambrella-research-reports>
- CAMBrella (2012f). CAM use in Europe –The patients’ perspective. Part I:A systematic literature review of CAM prevalence in the EU. Disponível em: [https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/CAMBrella-WP4-part\\_1final.pdf](https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/CAMBrella-WP4-part_1final.pdf)
- CAMBrella (2012g). CAM use in Europe – The patients’ perspective. Part II: A pilot feasibility study of a questionnaire to determine EU wide CAM use. Disponível em: [https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/CAMBrella-WP4-part\\_2final.pdf](https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/CAMBrella-WP4-part_2final.pdf)

- CAMBrella (2012i). Global stakeholders view on CAM research and development: Implications for the EU roadmap. Disponível em: <https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/WP6-CAMBrella-WP6final.pdf>
- CAMBrella (2012j). CAMBrella strategy for dissemination of project findings and future networking. Disponível em: <https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/WP8-CAMBrella-WP8final.pdf>
- CAMBrella (2013). Health Technology Assessment (HTA) and a map of CAM provision in the UE. Disponível em: <https://cam-europe.eu/wp-content/uploads/2018/09/WP5-CAMBrella-WP5final.pdf>
- Campbell, Colin (1997). A orientalização do Ocidente: reflexões sobre uma nova teodicéia para um novo milênio. *Religião e Sociedade*, Rio de Janeiro, 18(1), 5-22.
- Cant, S. (2005). Understanding why people use complementary and alternative medicine. *Perspectives on complementary and alternative medicine*, 173-204.
- Cant, S., & Sharma, U. (1995). The reluctant profession-homoeopathy and the search for legitimacy. *Work, Employment and Society*, 9(4), 743-762.
- Cant, S., & Sharma, U. (Eds.). (1996a). *Complementary and alternative medicines: Knowledge in practice*. Free Assn Books.
- Cant, S. & Sharma, U., (1996 b). Professionalization of Complementary Medicine in the United Kingdom. *Complementary Therapies in Medicine*, 4, 157-162.
- Cant, S., & Sharma, U. (1999). *A new medical pluralism? : alternative medicine, doctors, patients and the state*. London: UCL Press
- Capasso, F., Grandolini, G., & Izzo, A. A. (2006). *Fitoterapia: impiego razionale delle droghe vegetali*. Springer Science & Business Media.
- Capasso, F., Grandolini, G., & Pescitelli, R. (2008). *La fitoterapia in uno sguardo*. Springer Science & Business Media.
- Capellari, M. A. (2007). *O discurso da contracultura no Brasil: o underground através de Luiz Carlos Maciel (c. 1970)* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*.
- Cardoso, C. S. M. (2021). *Jogos de guanxi: A plataforma Macau na diplomacia cultural portuguesa (2009-2019)* (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas).

- Carolo, D. F. D. S. (2006). A Reforma da Previdência Social de 1962 na institucionalização do Estado-Providência em Portugal (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Economia e Gestão).Disponível em: [http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/710/1/D\\_Carolo\\_Mestrado%202006.pdf](http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/710/1/D_Carolo_Mestrado%202006.pdf)
- Carneiro, M. D. N. (2007). Ordenamento sanitário, profissões de saúde e cursos de parteiras no século XIX. *Revista da Faculdade de Letras. História*, 8, 317-354.
- Carreira, H. Medina (1996). *As Políticas Sociais em Portugal*, Lisboa, Gradiva.
- Carvalho, L. (2006). As especialidades no HGSA. *Arquivos do HGSA: Revista de Actualidade Hospitalar*, II (1, n. ° 3), 27-30.
- Carvalho, C. A. (2008). *Viagem ao mundo alternativo: a contracultura nos anos 80*. São Paulo: Editora Unesp.
- Carvalho, C. M. C. F. D., Lopes, S. D. D. C., & Gouveia, M. J. P. M. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, community & health*, 1, 81-94.
- Cassileth, B. R. (1989). The social implications of questionable cancer therapies. *Cancer*, 63(7), 1247-1250.
- Cassileth, B. R. (1999). Evaluating complementary and alternative therapies for cancer patients. *CA: a cancer journal for clinicians*, 49(6), 362-375.
- Ceratti, C. (2018). Naturopatia/naturopatia no pórtilo das racionalidades médicas: Uma perspectiva de legitimação a partir da educação superior no Brasil e no mundo.
- Chan, K. (2016). The Evolutional Development of Traditional Chinese Medicine (TCM) Outside the Chinese mainland: Challenges, Training, Practice, Research, and Future Development. *World 2*: 6-28
- Clamote, T. (2006). Pluralismo médico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sociais. *Sociologia da Saúde: Estudos e perspectivas*, 197-240.
- Clarke, D. B., Doel, M. A., & Segrott, J. (2004). No alternative? The regulation and professionalization of complementary and alternative medicine in the United Kingdom. *Health & Place*, 10(4), 329-338.
- Cidade, H. (1985). Século XIX: A revolução cultural em Portugal e alguns dos seus mestres. *Presença*.
- Coburn, D., & Biggs, C. L. (1986). Limits to medical dominance: the case of chiropractic. *Social Science & Medicine*, 22(10), 1035-1046.
- Coburn, D., Rappolt, S., & Bourgeault, I. (1997). Decline vs. retention of medical power through restratification: an examination of the Ontario case. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 1-22.
- Contatore, O. A., Tesser, C. D., & Barros, N. F. D. (2018). Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25, 841-858.

- Conti, A. A. (2018). Historical evolution of the concept of health in Western medicine. *Acta Bio-medica: Atenei Parmensis*, 89(3), 352-354.
- Corrêa, A. D., Siqueira-Batista, R., & Quintas, L. E. M. (1997). Similia Similibus Curentur: notação histórica da medicina homeopática. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 43, 347-351.
- Corrêa, A. D., Siqueira-Batista, R., Quintas, L. E. M., & Siqueira-Batista, R. (2006). Similia Similibus Curentur: revisitando aspectos históricos da homeopatia nove anos depois. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 13(1), 13-31.
- Correia, António Mendes (Org.); et al. (1950) Grande enciclopédia portuguesa e brasileira. v. 18. Lisboa: Editorial Enciclopédia
- Corp, N., Jordan, J. L., & Croft, P. R. (2018). Justifications for using complementary and alternative medicine reported by persons with musculoskeletal conditions: A narrative literature synthesis. *PloS one*, 13(7), e0200879.
- Costa, A. Luís (2011), A Evolução da Previdência Social em Perspectiva Comparada: 1935-1974, Dissertação de Mestrado em Governança Competitividade e Políticas Públicas, UA, Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/7455>
- Costa, R. M. P. (2007). A Ordem dos Médicos e a condição do trabalho médico no Estado Novo. *Revista da Faculdade de Letras. Historia*, 8(1), 355-384.
- Costa, A. F. (1998). Classificações sociais. *Leituras: Revista da Biblioteca Nacional*, 3 (2), 65-75.
- Costa, C. M. (2021). Macau: uma ponte para os países de língua portuguesa. *Janus 2020-2021-As relações internacionais em contexto de pandemia*, (20), 52-54.
- Coulter I. ( 2003) Integration and Paradigm Clash. In: Tovey P , Easthope G , and Adams J (eds) *Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine* (pp. 103-122). London: Routledge.
- Coulter, I., & Willis, E. (2007). Explaining the growth of complementary and alternative medicine. *Health Sociology Review*, 16(3-4), 214-225.
- Croizier, R. C. (1965). Traditional medicine in Communist China: science, Communism and cultural nationalism. *The China Quarterly*, 23, 1-27.
- Czeranko S. (2019). *Pioneers of Naturopathic Medicine. Integrative medicine* (Encinitas, Calif.), 18(4), 40.
- Dog, T. L. (1999) 'Phytomedicine". In W B Jonas & J S Levin (Eds) *Essentials of Complementary and Evidence Based Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 356-368
- Du Halde, Jean-Baptiste (1735), *Description Geographique, Historique, Chronologique, Politique, et Physique de l'Empire de la Chine et de la Tartarie Chinoise* [A Geographical, Historical, Chronological, Political, and Physical Description of the Empire of China and of Chinese Tartary], Vol. I, II, III, & IV, Paris: P.-G. le Mercier. (in French)



- Du Halde, Jean-Baptiste (1741), Brookes, Richard (ed.), *The General History of China*, 3rd ed., Vols. I, II, III, & IV, London: J. Watts.
- Easthope, G. (1993). The Response of Orthodox Medicine to the Challenge of Alternative Medicine in Australia. *Journal of Sociology*, 29(3), 289-301.
- Easthope, G. (2003). Alternative, complementary, or integrative?. *Complementary Therapies in Medicine*, 11(1), 2-3.
- Easthope, Gary. & Tovey, Philip. & Adams, Jon. (2003). *The mainstreaming of complementary and alternative medicine : studies in social context*. New York : Routledge.
- Easthope, G., Tranter, B., & Gill, G. (2000). General practioners' attitudes toward complementary therapies. *Social Science & Medicine*, 51(10), 1555-1561.
- Eisenberg, D. M., Kessler, R. C., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D. R., & Delbanco, T. L. (1993). Unconventional medicine in the United States--prevalence, costs, and patterns of use. *New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S. L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M., & Kessler, R. C. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *Jama*, 280(18), 1569-1575.
- Ernst E. (1995). Complementary medicine: common misconceptions. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(5), 244–247.
- Ernst, E. (1996). Complementary medicine: From quackery to science?. *The Journal of laboratory and clinical medicine*, 3(127), 244-245.
- Ernst, E. (2000 a). The role of complementary and alternative medicine. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7269), 1133-1135.
- Ernst, E. (2000 b). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (2), 252-257.
- Ernst, E. (2002). A systematic review of systematic reviews of homeopathy. *British journal of clinical pharmacology*, 54(6), 577-582.
- Ernst, E. (2012). College of medicine or college of quackery? *British Medical Journal*, 343
- Ernst, E., & Fugh-Berman, A. (2002). Complementary and alternative medicine: What is it all about?. *Occupational and Environmental Medicine*, 59(2), 140-145.
- Ernst, E., Resch, K. L., Mills, S., Hill, R., Mitchell, A., Willoughby, M., & White, A. (1995). Complementary medicine—a definition. *British Journal of General Practice*, 45(398), 506.
- Ernst, E. & White, A., (2000). The BBC Survey of Complementary Medicine Use in the UK, *Complementary Therapies in Medicine*, 8, pp. 32-36.
- Eskinazi, D. P. (1998). Factors that shape alternative medicine. *Jama*, 280(18), 1621-1623.

- European Social Survey European Research Infrastructure (ESS ERIC). (2018). ESS1 - integrated file, edition 6.6 [Data set]. Sikt - Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research. [https://doi.org/10.21338/ESS1E06\\_6](https://doi.org/10.21338/ESS1E06_6)
- Fadlon, J. (2004). Meridians, chakras and psycho-neuro-immunology: The dematerializing body and the domestication of alternative medicine. *Body & Society*, 10(4), 69-86.
- Fadlon, J. (2005). Negotiating the Holistic Turn: The Domestication of Alternative Medicine.
- Falcão, R. D., & Neta, O. M. M. (2021). O Alvará de 28 de Junho de 1759: Qual Reforma à Educação?. *Diálogos e Diversidade*, 1, e12768-e12768.
- Farias, M. H. & Santos, T. (1999). “Novos Movimentos Religiosos em Portugal”, *Revista Sociedade e Estado*, XIV, (1), pp. 203-214.
- Ferreira, M. R. R. (2006). *Cultura e Sociabilidades em Macau nos finais de Oitocentos: O Eco Macaense (1893-1899)*, [Tese de Mestrado em História Contemporânea], Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Ferla, A. A., Oliveira, P. D. T. R. D., & Lemos, F. C. S. (2011). Medicina e hospital. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23(3), 487-500.
- Filho, C. M. T., & Waisse, S. (2016). Novas evidências documentais para a história da homeopatia na América Latina: um estudo de caso sobre os vínculos entre Rio de Janeiro e Buenos Aires. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(3), 779-798.
- Fischer, F., Lewith, G., Witt, C. M., Linde, K., Ammon, K., Cardini, F., ... & Brinkhaus, B. (2014). A research roadmap for complementary and alternative medicine-what we need to know by 2020. *Complementary Medicine Research*, 21(2), e1-e16.
- Fisher, P., & Ward, A. (1994). Complementary medicine in Europe. *BMJ: British Medical Journal: International Edition*, 309(6947), 107-111.
- Fontanarosa, P. B., & Lundberg, G. D. (1998). Alternative medicine meets science. *Jama*, 280(18), 1618-1619.
- Foucault, M. (1977). *O Nascimento da Clínica Rio de Janeiro* Ed. Forense Universitária.
- Foucault, M. (1992). *A microfísica do poder*. 10. Ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1999). *História da Sexualidade – Vol I A vontade de Saber*. 13.<sup>a</sup> Ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2010). Crise da medicina ou crise da antimedicina. *Verve*, (18) 167-194.
- Franco, Luísa (2010), *O Processo de Institucionalização das Medicinas Alternativas e Complementares. O Caso da Acupuntura em Portugal*, Lisboa. Tese de Doutoramento em Sociologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Freidson, E. (1984). *La profession médicale*.

- Frohock, F. M. (2002). Moving lines and variable criteria: Differences/connections between allopathic and alternative medicine. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 583(1), 214-232.
- Fróio, L. R. (2006). *A expansão da Medicina Tradicional Chinesa: uma análise da vertente cultural das Relações Internacionais* (Mestrado em Relações Internacionais, Universidade de Brasília).
- Fulder, S., (1996). *The Handbook of Alternative & Complementary Medicine*, London: Vermilion.
- Fuller, R. C. (2005). The Politics of Healing: Histories of Alternative Medicine in Twentieth-Century North America. Ed. by Robert D. Johnston. *Journal of American History*, 91 (4), 1552–1553.
- Furnham, A. & Vincent, C. (2000), Reasons for using CAM, in Merrijoy Kelner e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*, Londres, Routledge, 61-78.
- Gaboury, I., April, K. T., & Verhoef, M. (2012). A qualitative study on the term CAM: is there a need to reinvent the wheel?. *BMC complementary and alternative medicine*, 12(1), 1-7.
- Gale, N. (2014). The sociology of traditional, complementary and alternative medicine. *Sociology compass*, 8(6), 805-822.
- Garnel, M. R. L. (2003). O Poder Intelectual do Médico: Finais do século XIX – inícios do século XX. *Revista História das Ideias*, 24, 213–253.
- Giddens, A. (1991) *As consequências da modernidade*. São Paulo: Unesp.
- Giddens, A. (1994). *Beyond left and right: The future of radical politics*. Stanford University Press.
- Goldner, M. (2004). The dynamic interplay between Western medicine and the complementary and alternative medicine movement: how activists perceive a range of responses from physicians and hospitals. *Sociology of Health & Illness*, 26(6), 710-736.
- Gómez, M. B. D. (2003). Medicina occidental y otras alternativas:¿ es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales Western medicine and alternative medicines: can they be complementary?. *Cad. Saúde Pública*, 19(2), 635-643.
- Graça, L. (1996) - *Evolução do sistema hospitalar: Uma perspectiva sociológica*. Lisboa: Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde. Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa (Textos, T 1238 a T 1242).
- Graça, L. (1999): *Enquadramento histórico da produção legislativa no domínio da Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (SH&ST)*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Grupo de Disciplinas de Ciências Sociais em Saúde, Disciplina de Sociologia da Saúde / Disciplina de

Psicossociologia do Trabalho e das Organizações de Saúde, texto policopiado, 75 + 18 pp. (Textos, T 1325)

- Guerra, P. (2018). E nada mais foi como dantes: Fragmentos contraculturais e seus estilhaços no pós-abril de 1974 em Portugal. *Teoria e Cultura. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais - UFJF*, 13 (1), 195-214
- Guerra, M., & Tomé, F. (1964). A profissão médica e os problemas da Saúde e da Assistência. *Análise Social*, 2 (7/8) 623-651.
- Guerriero S, Mendia F, Costa M, Bein, C. & Leite A (2016) Os componentes constitutivos da Nova Era: a formação de um novo ethos. *Rever* 16(2):10–30.
- Harguindeguy, L. C. (2006). New Age: representaciones del cuerpo y el cuidado de la salud. *Mitológicas*, 21, 9-22.
- Harvey, D. (1989). *The Condition of Postmodernity*. Oxford: Basil Blackwell.
- Harvey, D. (2008). *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. Tradução de Adali Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Editora Loyola.
- Harris, P., & Rees, R. (2000). The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complementary therapies in medicine*, 8(2), 88-96.
- Heller, T. (2005). Integration of CAM with mainstream services. In T. Heller, G. Lee-Treweek, K. Katz, J. Stone & S. Spurr (eds) *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*. Abingdon, Routledge, 336-363
- Hempen, C.H. (2010). *Atlas de Acupuntura*; Editorial Paidotribo: Badalona, Spain
- Henriques, A. J. P. B. (2011). *Os Osteopatas em Portugal: Processo de Profissionalização e Formação Identitária*. Tese de Mestrado, Universidade de Évora. Disponível em: <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/1729/1/Os%20osteopatas%20em%20Portugal.pdf>
- Henriques, A. J. P. B. (2016). *O Processo de Regulamentação da Osteopatia em Portugal*. Disponível em: [https://associacaoportuguesasociologia.pt/ix\\_congresso/docs/final/COM0470.pdf](https://associacaoportuguesasociologia.pt/ix_congresso/docs/final/COM0470.pdf)
- Henkel, K. (2017). A categorização e a validação das respostas abertas em surveys políticos. *Opinião Pública*, 23(3), 786-808. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-01912017233786>
- Herzlich, C. (2005). A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15, 57-70.
- Hoenders, H. R., Appelo, M. T., & de Jong, J. T. (2012). Integrative medicine: a bridge between biomedicine and alternative medicine fitting the spirit of the age. *Sociology Mind*, 2(04), 441-446.

- Hollenberg, D. (2006). Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science & Medicine*, 62(3), 731-744.
- Holmberg, C., Brinkhaus, B., & Witt, C. (2012). Experts' opinions on terminology for complementary and integrative medicine—a qualitative study with leading experts. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(1), 1-7.
- House of Lords (2000a). Select Committee on Science and Technology. 6th Report. Complementary and Alternative Medicine, London: The Stationery Office. Disponível em: <https://publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12303.htm>
- House of Lords (2000b). Select Committee Report on Complementary and Alternative Medicine 2000. Parliamentary Copyright.
- Hsiao, A. F., Ryan, G. W., Hays, R. D., Coulter, I. D., Andersen, R. M., & Wenger, N. S. (2006). Variations in provider conceptions of integrative medicine. *Social Science & Medicine*, 62(12), 2973-2987.
- Hübner, J., Micke, O., Eschbach, C., & Walter, S. (2016). Komplementäre Onkologie: Ein überflüssiges Konzept?. *Der Onkologe*, 3(23), 167-176.
- Hunt, E. K., & Lautzenheiser, M. (2011). History of economic thought: A critical perspective. Armonk, N.Y: M.E. Sharpe.
- Hsu, E. (1996). Innovations in acupoxa: acupuncture analgesia, scalp and ear acupuncture in the People's Republic of China. *Social Science & Medicine*, 42(3), 421-430.
- Hsu, E. (1999). The transmission of Chinese medicine (Vol. 7). Cambridge University Press.
- Hsu, E. (2006). The history of qing hao in the Chinese materia medica. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100(6), 505-508.
- Hsu, E. (2008). The history of Chinese medicine in the People's Republic of China and its globalization. *East Asian Science, Technology and Society: An International Journal*, 2(4), 465-484.
- Illich, I. (1975). *Nêmesis da medicina: a expropriação da saúde*. São Paulo: Nova Fronteira.
- Jacques, L. M., & Carvalho, L. A. V. (2003). *Categorias epistemológicas e bases científicas da medicina tradicional chinesa*. Tese de mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Jarvis, W. T. (2001). Some notes on cranial manipulative therapy. Retrieved from.
- Jiang, B. (2016). *Os Descobrimentos portugueses e a China: Estudo das relações culturais*. Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Jonas, W. B. (1997). Alternative Medicine. *The Journal of Family Practice*, 45, (3), 34-37.

- Jonas, W. B. (2002). Policy, the public, and priorities in alternative medicine research. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 583(1), 29-43.
- Jonas, W. B., & Levin, J. S. (1999). *Essentials of complementary and alternative medicine*.
- Jonas, W. B. & Levin, J. L. (1999). *Essentials of Complementary and Alternative Medicine*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins.
- Jonas W B, Linde K, & Walach H (1999) 'How to practice Evidence Based Complementary and Alternative Medicine'. In W B Jonas & J S Levin (Eds) *Essentials of Complementary and Evidence Based Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 72-77
- Johnston, R. D. (Ed.). (2004). *The Politics of Healing: Histories of Alternative Medicine in Twentieth-century North America*. Psychology Press.
- Kaptchuk, T. J. (1983). *The Web That Has no Weaver – Understanding Chinese Medicine*. New York: Congdon & Weed.
- Kaptchuk, T. J. (2002). “Acupuncture: theory, efficacy and practice”. *Annals of Internal Medicine*, CXXXVII, (8).
- Kaptchuk, T. J., Edwards, R. A. & Eisenberg, D. M. (2001) *Medicina Complementar: Eficácia além do efeito placebo*. In: Ernst, E (eds) *Medicina Complementar . Uma avaliação objectiva (38-64)*. Editora Manole. Brasil
- Kayne, S. B. (2009). *Complementary and Alternative Medicine*. Londres e Chicago, Pharmaceutical Press.
- Kelner, M., & Wellman, B. (1997a). Health care and consumer choice: medical and alternative therapies. *Social science & medicine*, 45(2), 203-212.
- Kelner, M., & Wellman, B. (1997b). Who seeks alternative health care? A profile of the users of five modes of treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 3(2), 127-140.
- Kelner, M. & Wellman, B (2000), “Introduction”, in Kelner, Merrijoy e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change (1-24)*. Londres, Routledge, .
- Kelner, M., & Wellman, B. (2003). Complementary and alternative medicine: how do we know if it works? *Healthc Pap*, 3(5), 10-28.
- Kelner, M., Wellman, B., Welsh, S. & Boon, H., (2006). How Far Can Complementary and Alternative Medicine Go? The Case of Chiropractic and Homeopathy. *Social Science & Medicine*. 63, pp. 2617-2627.
- Kemppainen, L. M., Kemppainen, T. T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T., & Vuolanto, P. H. (2018). Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants. *Scandinavian journal of public health*, 46(4), 448-455.

- Keshet, Y. (2011). Energy medicine and hybrid knowledge construction: The formation of new cultural-epistemological rules of discourse. *Cultural Sociology*, 5(4), 501-518.
- Keshet, Y., & Popper-Giveon, A. (2013). Integrative health care in Israel and traditional arab herbal medicine: when health care interfaces with culture and politics. *Medical Anthropology Quarterly*, 27(3), 368-384.
- Kessler, R. C., Soukup, J., Davis, R. B., Foster, D. F., Wilkey, S. A., Van Rompay, M. I., & Eisenberg, D. M. (2001). The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 158(2), 289-294.
- Linde, K., & Jonas, W. B. (1999). Evaluating complementary and alternative medicine: the balance of rigor and relevance. In: Jonas WB & Levin JS (eds), *Essentials of Complementary and Alternative Medicine* (pp. 57-71). Philadelphia, Pa: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kleinman, A. (1993). What is specific to Western medicine. *Companion encyclopedia of the history of medicine*, 1, 15-23.
- Kristoffersen, A. E., Fønnebø, V., & Norheim, A. J. (2008). Use of complementary and alternative medicine among patients: classification criteria determine level of use. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(8), 911-919.
- Kotsirilos, V. (2005a). Complementary and alternative medicine. Part 1--what does it all mean?. *Australian Family Physician*, 34(7), 595-597.
- Kotsirilos, V. (2005b). Complementary and alternative medicine. Part 2: evidence and implications for GPs. *Australian family physician*, 34(8), 689-691.
- Kotsirilos, V & Clayton, V. (2005). Reprinted from *Australian Family Physician*. 34 (7), 595-597.
- Kumar, K. (1997). *Da sociedade pós-industrial à pós-moderna*. Zahar.
- Kuhn, T. S. (1970). *The Structure of Scientific Revolutions*. 2. ed. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lalli, P. (1986). Les réseaux de médecines douces. *Sociétés*, II (10), 16-17.
- Lalli, P. (1990). La «communication» écologique des médecines douces. *International Review of Community Development/Revue internationale d'action communautaire*, (24), 51-56.
- Laín Entralgo, P. (1978) *Historia de la Medicina*. Barcelona. Salvat.
- Leal, M.C. (2019). *Movimentos New Age e a Espiritualidade da Nova Era no Contexto Digital: Estudo de Caso do "Movimento Natural Vibe"*.
- Lehninger, A.L., Nelson, D.L & Cox, M.M. (2007) *Lehninger: Princípios de Bioquímica*, 4a. Edição, Editora Sarvier.

- Lewis, S., O'Callaghan, C. L., & Toghill, P. J. (1983). Clinical curio: self medication with xylazine. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 287(6402), 1369.
- Lyons, SF Schoub, BD McGillivray, GM et al. (1985) "Lack of evidence of HTLV-III endemicity in Southern Africa." *New England Journal of Medicine*, 312(19):1257- 1258 (carta)
- Lin, C. A. (2013). Da medicina tradicional chinesa à prática de acupuntura médica baseada em evidência. *Revista de Medicina*, 92(3), 213-215.
- Lopes, N. M. (2006). Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização. *Sociologia da saúde: estudos e perspectivas*. Coimbra: Pé de Página, 107-134.
- Lopes, N. (2010). Consumos terapêuticos e pluralismo terapêutico. LOPES, N. *Medicamentos e pluralismo terapêutico: práticas e lógicas sociais em mudança*. Porto: Afrontamento, 19-85.
- Lopes, N., Clamote, T., Raposo, H. A., Pegado, E., & Rodrigues, C. (2012). O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa. *Saúde & Tecnologia*, 5-17.
- Loudon, I. (2006). A brief history of homeopathy. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 99(12), 607-610.
- Loureiro, R. M. (1996). O manuscrito de Lisboa da "Suma Oriental" de Tomé Pires (Contribuição para uma edição crítica). Macau: Instituto Português do Oriente.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. Sage.
- Luz, M. T. (1993). Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas. In *Racionalidades médicas e terapêuticas alternativas* (pp. 32-32).
- Luz, M. T. (1996). *A arte de curar versus a ciência das doenças*. São Paulo: Dynamis.
- Luz, M. T. (1996). VI Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Uerj. p.1-31.
- Luz, M. T. (2005). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: revista de saúde coletiva*, 15, 145-176.
- Luz, M. T. (2011). Estudo comparativo das racionalidades médicas: medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. *Saúde em novo paradigma*, 1, 151-175.
- Luz, M. T. (2014). *A arte de curar versus a ciência das doenças: história social da homeopatia no Brasil*. Rede Unida.
- Luz, M. T. et al. (1992) Primeiro seminário - projeto racionalidades médicas. IMS/UERJ, Rio de Janeiro.
- Luz, M. T. et al. IV (1994) Seminário do Projeto Racionalidades Médicas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Mimeo.



- Luzio, F. & Ferreira, C. (1999). Homeopatia: Uma Terapêutica Não Convencional Autores. Revista de Enfermagem Referência 3(9), 69-71.
- Madeira, B. T. J. (2016) “Não foi para morrer que nós nascemos” – O movimento ecológico do Porto (1974-1982), Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto.
- Marcuse, H. (2010). Counterrevolution and revolt. Beacon Press.
- Marques, M. (2015). Portugal, China, Macau e a Companhia de Jesus: Análise de episódios históricos à luz das teorias da comunicação intercultural. Dissertação de Mestrado em Estudos Interculturais Português/Chinês: Tradução, Formação e Comunicação Empresarial. Instituto de Letras e Ciências Humanas da Universidade do Minho.
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. EduSer-Revista de educação, 2(2), 49-65.
- Mendes, A. R., Oliveira, A., & Santos, C. F. (2013). Contributo para a história da saúde no Algarve. Centro de Estudos de Património e História do Algarve, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais-Universidade do Algarve.
- Mendes, C. A. (2013). A relevância do Fórum Macau: O Fórum para a Cooperação Econômica e Comercial entre a China e os Países de Língua Portuguesa. Nação e Defesa, 134, 279-296
- Morotto, L. Q. (2007). Além do Ganges: Rituais hinduístas na urbe Paulistana. Fenômeno de resignificação religiosa numa metrópole ocidental. Tese de Mestrado em Ciências da Religião. PUC-SP.
- Morris, A. D. (1986). The origins of the civil rights movement. Simon and Schuster.
- Mure, C. (2012). Thérapeutique moderne et origine de l’homéopathie. Revista Estudos do Século XX, 12.
- Murray, M. T., & Pizzorno, J. (2012). The encyclopedia of natural medicine third edition. Simon and Schuster.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health (NIH). (2000). Expanding horizons of health care: Five-year strategic plan, 2001-2005. Disponível em: [www.nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov)
- National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health (NIH). (2005). Expanding horizons of health care: Strategic plan 2005-2009. Washington, DC: NIH Publication. Disponível em: <http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/about/plans/2005/strategicplan.pdf>
- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2007). Major domains of complementary and alternative medicine. Disponível em: [www.nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov)

- National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health (NIH). (2011). Exploring the Science of Complementary and Alternative Medicine: Third Strategic Plan, 2011–2015. Bethesda, MD: NIH Publication.
- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH). (2016). 2016 Strategic Plan: Exploring the science of complementary and integrative health. (16-AT-7643). Washington DC Retrieved from <https://nccih.nih.gov/about/plans>
- Nascimento, M. C. D., Barros, N. F. D., Nogueira, M. I., & Luz, M. T. (2013). A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 3595-3604.
- Ng, J. Y., Boon, H. S., Thompson, A. K., & Whitehead, C. R. (2016). Making sense of “alternative”, “complementary”, “unconventional” and “integrative” medicine: exploring the terms and meanings through a textual analysis. *BMC complementary and alternative medicine*, 16(1), 1-18.
- Nissen, N. (2011). Challenging perspectives: Women, complementary and alternative medicine, and social change. *Interface*, 3(2), 187-212.
- Ning, A. M. (2018). How holistic is complementary and alternative medicine (CAM)? Examining self-responsibilization in CAM and biomedicine in a neoliberal age. *Medical Research Archives*, 6(5), 1-11.
- Nogueira, C. (2018). Um olhar sociológico sobre o privilégio epistêmico da biomedicina: desconstruindo a metanarrativa. *Saúde e Sociedade*, 27, 1019-1032.
- Nogueira, M. I., & Camargo Jr, K. R. D. (2007). A orientalização do Ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, 14, 841-861.
- Nolte, A. (2001). The ebb and flow of hydropathy: the water-cure movement in Europe and America. The University of Texas at Arlington.
- Nunes J.M. (2008). Proposta de Perfil Profissional do Fitoterapeuta. Disponível em: [http://www.apmi.com.pt/webcatalog/websitedocs/3\\_legislacao\\_fitoterapia\\_\(caracterizacao\\_e\\_perfil\).pdf](http://www.apmi.com.pt/webcatalog/websitedocs/3_legislacao_fitoterapia_(caracterizacao_e_perfil).pdf)
- Nunes, C. (2011). Os Estatutos de 1772 da Universidade de Coimbra. In CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO (Vol. 7).
- OAM (Office of Alternative Medicine, NIH) Committee on Definition and Description. (1997). 'Defining and Describing Complementary and Alternative Medicine.' *Alternative Therapies in Health and Medicine* 3(2), 49-57.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS), (2001). Conhecer os caminhos da saúde: relatório de primavera do OPSS. Lisboa, OPSS.
- OEI - Organização de Estados Ibero-americanos. Ministério da Educação de Portugal (2003). Sistema Educativo Nacional de Portugal Breve evolução histórica do sistema educativo. Disponível em: <https://silو.tips/download/2-breve-evoluao-historica-do-sistema-educativo>

- Oliveira, M. F. (2011). Metodologia Científica: um manual para a realização de pesquisas em administração. UFG. Disponível em: [https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual\\_de\\_metodologia\\_cientifica\\_Prof\\_Maxwell.pdf](https://adm.catalao.ufg.br/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_Prof_Maxwell.pdf).
- Owens, K. (2015). Boundary objects in complementary and alternative medicine: 20 Acupuncture vs. Christian Science. *Social Science & Medicine*, 128, 18-24.
- Pagliosa, F. L., & Da Ros, M. A. (2008). O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista brasileira de educação médica*, 32(4), 492-499.
- Passos, M. A., & de Oliveira Rodrigues, D. M. (2017). Naturologia no Brasil e a Naturopatia no mundo: uma breve abordagem entre semelhanças e diferenças. *Cadernos de Naturologia e Terapias Complementares*, 6(10), 79-96.
- Pegado, E. (1998). As Medicinas Complementares em Portugal: Processo de Constituição e Legitimação de um Campo. Tese de Mestrado, ISCTE, Lisboa.
- Pegado, E. (2017). O Recurso às Medicinas Complementares e Alternativas. Padrões Sociais e Trajetórias Terapêuticas. Tese de Doutoramento, ISCTE-IUL, Lisboa.
- Pelizzoli, M. (2011). Saúde em novo paradigma: alternativas ao modelo da doença. Recife: Ed. Universitária da UFPE.
- Pelliccia, C. (2017). Notas sobre a influência da cultura portuguesa no Japão (séculos XVII e XVIII): o legado dos missionários europeus. *Antíteses*, 10(20), 631-655.
- Penteado, E. V. B. de F. (1999). Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador. Tese de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Brasil.
- Pereira, A. L., & Rui Pita, J. (1997). Ce qu'on pensa au Portugal, au cours du temps, de la France scientifique. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 85(316), 429-430.
- Pereira, A. L., & Rui Pita, J. (2000). Charles Lepierre au Portugal (1867-1945). Son influence décisive sur la santé publique, sur la chimie et sur la microbiologie. *Revue d'Histoire de la Pharmacie*, 88(328), 463-470.
- Pereira, A. L., Rui Pita, J., & Loïc Araújo, Y. (2005). L'influence française sur la réception de l'homéopathie au Portugal. *Revue d'histoire de la pharmacie*, 93(348), 569-578.
- Pereira, R. D. D. M., & Alvim, N. A. T. (2013). Aspectos Teórico-filosóficos da Medicina Tradicional Chinesa: acupuntura, suas formas diagnósticas e relações com o cuidado de enfermagem. *Rev. enferm. UFPE on line*, 7 (1), 279-288.
- Pereira, M. C. (2017). An Innovative, High Temperature and Concentration Solar Optical System at the Turn of the 19th Century: The Pyreheliophoro. In *Advances in Solar Energy* (pp. 345-370). Routledge.
- Pinto, A. M. L. (2014). Realizações e utopias: o património arquitectónico e artístico das Caldas de Monchique na cenografia da paisagem termal (Doctoral dissertation).

- Pita, J. R. (1996). Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal. *Minerva*, (14), 1772-1836.
- Pita, J. R. (Ed.). (2006). *Ciência e experiência: formação de médicos, boticários, naturalistas e matemáticos: homenagem a Rómulo de Carvalho (1906-2006)*. Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press.
- Pizzorno, J. E. (2003). Foreword in Robson, T. (Ed.). (2003). *An Introduction to Complementary Medicine (1st ed.)*. Routledge, pp. XV-XVI
- Polak, Y. N. D. S. (1996). *A corporeidade como resgate do humano na enfermagem*. Tese de doutoramento em Filosofia de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Pombo, M. D. (2010). *Modelos terapêuticos em movimento no Portugal do século XIX: actores, discursos e controvérsias*. Tese de Mestrado, ISCTE-IUL, Lisboa.
- Pombo, D. (2011). Livro D'Ouro do Povo-O Sistema Médico de Raspail em Portugal no Século XIX. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 5(4), 32-44.
- Pon, M. (2019). Reflections on the Present and Future of Medical Training in Macau. *Acta Médica Portuguesa*, 32(11), 681-682.
- Posadzki, P., Watson, L. K., Alotaibi, A., & Ernst, E. (2013). Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Clinical Medicine*, 13(2), 126-131.
- Qichen, H. (1994). Macau, ponte de intercâmbio cultural entre a China e o Ocidente, do Século XVI ao Século XVIII. *Revista de Cultura*, 21, 153-177.
- Quandt, S. A., Verhoef, M. J., Arcury, T. A., Lewith, G. T., Steinsbekk, A., Kristoffersen, A. E., ... & Fønnebø, V. (2009). Development of an international questionnaire to measure use of complementary and alternative medicine (I-CAM-Q). *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(4), 331-339.
- Quéniart, A. & Francine Saillant (1990). *Médecines douces. Quêtes, trajectoires, controles*. *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 24, 5-10.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramsey M. (1999). Alternative medicine in modern France. *Medical history*, 43(3), 286–322. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/s0025727300065376>
- Rastogi, R. (2012). Naturopathy in India: current status and future challenges. *Ann Ayurvedic Med*, 1(4), 153-157.
- Rees, L. & Weil, A. (2001). Integrated medicine imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine. *British Medical Journal*, 322, 119–20
- Reis, J. E. (2019). *Os médicos de O Vegetariano*. 1.<sup>a</sup> Ed. Universidade do Porto.

- Resch, KL. & Ernst, E. (2001). Metodologia de pesquisa em medicina complementar: como garantir que funcionam. In: Ernst, E (eds) *Medicina Complementar . Uma avaliação objectiva* (17-28). Editora Manole. Brasil
- Riera, R., Leite Pacheco, R., Dittrich Hosni, N., Lopes Braga, V., Pompeu dos Santos Rocha, L., Damasceno Bernardo, D., ... & Nagib Atallah, Á. (2019). O que as revisões sistemáticas Cochrane dizem sobre o uso das 10 novas práticas de medicina integrativa incorporadas ao Sistema Único de Saúde. *Diagn. tratamento*, 24(1), 25-36.
- Rodrigues, D. M. D. O., Passos, M. A., Antonio, R. D. L., Portella, C. F. S., Ceratti, C., & Hellmann, F. (2017). Afinal, Naturologia e Naturopatia são coisas distintas ou similares?. *Cad. naturol. terap. complem*, 9-12.
- Rodrigues, I. T., & Fiolhais, C. (2013). O ensino da medicina na Universidade de Coimbra no século XVI. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 20 (2), 435-456.
- Rosas, Fernando; Garrido, Álvaro (coord.). (2012) *Corporativismo, Fascismos, Estado Novo*. Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Rose M. E. (1971). The doctor in the Industrial Revolution. *British journal of industrial medicine*, 28(1), 22–26. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/oem.28.1.22>
- Roussou, E. (2016). “A transformação da religiosidade em Portugal e na Grécia: uma comparação etnográfica da Nova Espiritualidade e pluralismo religioso no sul da Europa”. *Rever*, vol. 16, nº 3: 66-80.
- Roszak, T. (1984). *El nacimiento de una contracultura. Reflexiones sobre la sociedad tecnocrática y su oposición juvenil*. Tradução: Angel Abad. Barcelona: Editorial Kairós
- Ryan, R., Scapens, R., & Theobald, M. (2002). *Research Method and Methodology in Finance and Accounting* (2nd edition). Thomson Learning.
- Saad, G. A., Sá, I. M.; Seixlack, A. C. C.& Léda, P. H. O.(2016). *Fitoterapia contemporânea: tradição e ciência na prática clínica*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Saks, M. (1992a). (4 Ed.) *Alternative Medicine in Britain*. Oxford: Clarendon Press.
- Saks, M. (1992b). *Professions and the Public Interest*. London: Routledge
- Saks, Mike (1995), *Professions and the Public Interest: Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- Saks, M. (2000), “Professionalization, politics and CAM”, in Kelner, Merrijoy e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*, Londres, Routledge, pp. 223-238.
- Saks, Mike (2001), “Alternative medicine and the health care division of labour: present trends and future prospects”, *Current Sociology*, 49 (3), pp. 119-143.
- Saks, M. (2003). *Orthodox and Alternative Medicine: Politics, Professionalization and Health Care*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.

- Saks, M. (2005a). Political and historical perspectives in Tom Heller et al. (eds). *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*. Abingdon, Routledge, 59-82.
- Saks, M. (2005b). *Professions and the public interest: Medical power, altruism and alternative medicine*. Routledge.
- Saks, M. (2015a). Power and Professionalism in CAM: A Sociological Approach. In Gale, N. and McHale (Eds.), *Routledge Handbook of Complementary and Alternative Medicines: Perspectives from Law and Social Sciences*. London: Routledge, 30-40.
- Saks, M. (2015b). *The professions, state and the market: Medicine in Britain, the United States and Russia*. Routledge.
- Saks, M. (2018). Competing Logics and Healthcare; Comment on “(Re) Making the Procrustean Bed? Standardization and Customization as Competing Logics in Healthcare”. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(4), 359-361.
- Saldanha, Marechal Duque de (1858). *Estado da Medicina em 1858*. Opusculo dividido em cinco partes, dedicado a Sua Magestade El. Rei o Senhor Dom Pedro-Quinto, e offereccido aos Homens de Consciencia e Superiores que entre nós praticam a Nobre e Liberal Profissão da Medicina. Lisboa: Imprensa Nacional. De 21x12 cm. Com 157, [1] págs. E.
- Sampaio, J. (2002). *História da medicina tradicional chinesa*. Lisboa.
- Santos, C. D. (2011). *História da Universidade do Porto*. Porto: Universidade do Porto.
- Santos, M. L. C. L. dos (1979). “Sobre os intelectuais portugueses no século XIX (do Vintismo à Regeneração)”, *Análise Social*, 15 (57), 69-115.
- Sant’ana, H. (2011) “Os eixos ideológicos do poder biomédico: o projeto de Manuel Ferreira Ribeiro” (The ideological axes of biomedical power: the project of Manuel Ferreira Ribeiro), in *O Colonialismo Português e os PALOP - Novos Rumos da Historiografia da Coleção Estudos Africanos do CEAUP*, Lisboa, editora HUMUS
- Scarpa, A. (1965). *A medicina tradicional chinesa em Macau*. Separata do Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa ; Janeiro-Junho 1965
- Schneiders, A, Mascolo, M, McNeill, A, et al. (2017) *Complementary and Alternative Therapies for Patients Today and Tomorrow*. Study for the ENVI Committee. Directorate General for Internal Policies, European Parliament. Disponível em: [https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/135562/ENVI%20201710%20WS%20CAM%20%20PE%20614.180%20\(Publication\).pdf](https://www.europarl.europa.eu/cmsdata/135562/ENVI%20201710%20WS%20CAM%20%20PE%20614.180%20(Publication).pdf)
- Scognamillo-Szabó, M. V. R., & Bechara, G. H. (2010). Acupuntura: histórico, bases teóricas e sua aplicação em Medicina Veterinária. *Ciência Rural*, 40(2), 461-470.
- Scott, Anne L. (1998). The symbolizing body and the metaphysics of alternative medicine, *Body & Society*, 4 (3), 21-37.

- Seara, M. D. R. T. D. F. G. (2018). A biblioteca pessoal de Alberto Mac-Bride: História, Medicina e organização da informação. Tese de Mestrado, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra.
- Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, 2001 July-September. Actividades Desenvolvidas pela SRNOM: Parecer da Ordem dos Médicos sobre os Projectos de Diplomas Reguladores do Exercício das Medicinas não Convencionais Apresentado à Comissão Parlamentar de Saúde. *NorteMédico – Revista da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos*, Ano 3, 8, pp. 50-51.
- Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, 2000 April-June. CRNOM está contra a Comercialização Ilegal de Produtos Farmacêuticos Homeopáticos, *NorteMédico – Revista da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos*, Ano 2, nº 2, pp. 37-38, Portugal.
- Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, 1999a 9 November. Legislação de Medicinas Alternativas. Comunicado do Conselho Regional do Norte do Ordem Dos Médicos. Accessed on the 24th January 2006. Disponível em: <http://www.nortemedico.pt/textos/?imr=3&imc=5n134n313n>
- Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, 1999b. Acto Médico. Informação do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos. Disponível em: <http://www.nortemedico.pt/textos/?imr=3&imc=5n134n319n>
- Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos, 1999c. Comunicado sobre a Legalização de Medicinas Alternativas e Comparticipação de Produtos Homeopáticos, Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM) [online]. Accessed on the 24th January 2008. Disponível em: <http://www.nortemedico.pt/textos/?imr=3&imc=5n134n308n>
- Sharma, U. (1990). Using alternative therapies: Marginal medicine and central concerns. In P. Abbott & G. Payne (Eds.), *New directions in the sociology of health*, London: Falmer Press, 127—139.
- Sharma, U. (1992). *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*, Londres, Routledge.
- Sharma, U. (1993). Contextualizing Alternative Medicine – The Exotic, the Marginal and the Perfectly Mundane. *Anthropology Today*, 9 (4), 15-18.
- Sharma, U. (1996). Using complementary therapies: a challenge to orthodox medicine?, in Simon Williams e Michael Calnan (eds.), *Modern Medicine. Lay Perspectives and Experiences*, Londres, UCL Press, 230-255.
- Sharma, U. (2018). Using alternative therapies: marginal medicine and central concerns. in Various (Ed.) *Routledge Library. Editions: British Sociological Association*, (127-139). Routledge.
- Siahpush, M. (1999). Postmodern attitudes about health: a population-based exploratory study. *Complementary therapies in medicine*, 7(3), 164-169.

- Siahpush, M. (2000). A critical review of the sociology of alternative medicine: research on users, practitioners and the orthodoxy. *Health*, 4(2), 159–178. <http://www.jstor.org/stable/26646356>
- Silva, A. E. M. D. (2008). *Naturopatia: prática médica, saberes e complexidade*. 2008. In: *Anais da Jornadas de Investigacion em Antropología Social*. Buenos Aires. Disponível em: [file:///C:/Users/crist/Downloads/Naturopatia%20pr%C3%A1tica%20m%C3%A9dica%20saberes%20e%20complexidade%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/crist/Downloads/Naturopatia%20pr%C3%A1tica%20m%C3%A9dica%20saberes%20e%20complexidade%20(3).pdf)
- Silva, A. E. M. D. (2012). *Naturopatia: um diálogo entre saberes*. Tese de Doutorado em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC).
- Silva, C. D. (2015). *Herbert Marcuse: da Grande Recusa à emancipação*. Tese de Mestrado em Filosofia. Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
- Silva, J. M. (1990). Alternative therapies, homeopathy and medical science. *Acta Médica Portuguesa*, 3(5), 301-304.
- Silva, J. M. (2002). Anotações sobre a história do ensino da Medicina em Lisboa, desde a criação da Universidade Portuguesa até 1911 – 1ª Parte. *RFML 2002; Série III; 7 (5): 237-249*.
- Singer, J., & Fisher, K. (2007). The impact of co-option on herbalism: a bifurcation in epistemology and practice. *Health Sociology Review*, 16(1), 18-27.
- Smith, M. J., & Logan, A. C. (2002). Naturopathy. *The Medical clinics of North America*, 86(1), 173–184.
- Stern, F. L. (2017) *A Naturopatia no Brasil: histórico, contextos, perfil e definições*. São Paulo: Entre Lugares.
- 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.
- Sousa, P. A. F. D. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de enfermagem [Em linha]*. 22, 884-894.
- Souza, E. F.A. A., & Luz, M. T. (2009). Bases socioculturais das práticas terapêuticas alternativas. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 16, 393-405.
- Souza, E. F. A. A., & Luz, M. T. (2011). Análise crítica das diretrizes de pesquisa em medicina chinesa. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18 (1), 155-174.
- Stone, J. (2002) *An Ethical Framework for Complementary and Alternative Therapists*, London, Routledge
- Stone, J. & Katz, J., (2005). Can complementary and alternative medicine be classified? in Tom Heller et al., *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*. Abingdon, Routledge, 173-203.



- Stryer, L., Tymoczko, J.L. & Berg, J.M. (2004) *Bioquímica*, 5a. Edição, Editora Guanabara.
- Trevelyan, J., & Booth, B. (1994). Naturopathy. In *Complementary Medicine* (pp. 157-164). Palgrave, London.
- Tangkiatkumjai, M., Boardman, H., & Walker, D. M. (2020). Potential factors that influence usage of complementary and alternative medicine worldwide: a systematic review. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 1-15.
- Tataryn, D. J. (2002). Paradigms of health and disease: a framework for classifying and understanding complementary and alternative medicine. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 8(6), 877-892.
- Tesser, C. D. (1999). *A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização*. Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Thomson, P., Jones, J., Evans, J. M., & Leslie, S. L. (2012). Factors influencing the use of complementary and alternative medicine and whether patients inform their primary care physician. *Complementary therapies in medicine*, 20(1-2), 45-53.
- Trebilcock, M. J., & Ghimire, K. M. (2019). *Regulating Alternative Medicines: Disorder in the Borderlands* With. Commentary-CD Howe Institute, (541), 0\_1-20.
- Unschuld, P. U. (2003). *Huang di nei jing su wen: nature, knowledge, imagery in an ancient Chinese medical text*. Berkeley: University of California Press.
- Unschuld, P. U. (2012). *Approches orientales et occidentales de la guérison*. Paris: Springer.
- Unschuld, P. U. (2018). *Traditional Chinese Medicine: Heritage and Adaptation*. Columbia University Press.
- Varela, R. (2019). *História do Serviço Nacional de Saúde em Portugal: A saúde e a força de trabalho, do Estado Novo aos nossos dias*. Âncora Editora.
- Veloso, A. J. Barros (Coord.) (2017). *Médicos e sociedade. Para uma História da Medicina em Portugal no século XX*. Lisboa: By The Book.
- Velloso, V. P. (2007). *Farmácia na Corte Imperial (1851-1887): práticas e saberes*. Tese de doutoramento em História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Revista SoCERJ*, 20(5), 383-386.
- Ventura, C. C., Bicho, P., & Ventura, D. C. (2016). Raízes, enquadramento e características da fitoterapia natural. *Revista da UI\_IPSantarém-Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 19-19.

- Ventura, C., C. (coord., introd. e org.) (2018). *Saúde natural em Portugal, séculos XIX-XXI*. 1ª ed. - Lisboa : Biblioteca Nacional de Portugal: Associação Academia Hipócrates: Instituto Macrobiótico de Portugal
- Vickers, A. (1999). Evidence-based medicine and complementary medicine. *Evidence-Based Mental Health*, 2(4), 102-103.
- Vickers, A. & Heller, T. (2005a). Traditional, folk and cultural perspectives of CAM, in Tom Heller et al. (eds), *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*. Abingdon, Routledge, pp. 293-323.
- Vickers, A. E & Heller, T. (2005b) “Understanding why people use complementary and alternative medicine”, in Tom Heller et al., *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*. Abingdon, Routledge, 173-203.
- Vieira, I. C. (2015). Japoneses e Europeus e suas maneiras de curar o corpo visto por um jesuíta do século XVI. *CEM Cultura, Espaço & Memória: Revista do CITCEM*, (6).
- Villanueva-Russell, Y. (2005). Evidence-based medicine and its implications for the profession of chiropractic. *Social Science & Medicine*, 60(3), 545-561.
- Voet, D. & Voet, J.G. (2008) *Fundamentos de Bioquímica - A Vida em Nível Molecular*, 2a. Edição, Editora Artmed.
- Voniati, C., Doudaki, V., & Carpentier, N. (2018). Mapping community media organisations in Cyprus: A methodological reflection. *Journal of alternative and community media*, 3(1), 17-35.
- Weber, B. T., & Ferraz, G. S. (2016). A construção da alternativa: contracultura, movimento alternativo e ecovilas/The making of the alternative: counterculture, alternative movement and ecovillages. *PLURA, Revista de Estudos de Religião/PLURA, Journal for the Study of Religion*, 7(1, ), 405-438.
- Weir, M. (2005). *Alternative medicine: A new regulatory model*. Melbourne, Australia: Australian Scholarly.
- Weil, A. (2000). The significance of integrative medicine for the future of medical education. *American Journal of Medicine*, 108, 441–443.
- White, A., Boon, H., Alraek, T., Lewith, G., Liu, J. P., Norheim, A. J., ... & Fønnebø, V. (2014). Reducing the risk of complementary and alternative medicine (CAM): Challenges and priorities. *European Journal of Integrative Medicine*, 6(4), 404-408.
- Whorton, J. C. (2002). *Nature cures: The history of alternative medicine in America*. Oxford University Press.
- Weidenhammer, W., Lewith, G., Falkenberg, T., Fønnebø, V., Johannessen, H., Reiter, B., ... & Brinkhaus, B. (2011). EU FP7 project ‘CAMbrella’ to build European research network for complementary and alternative medicine. *Complementary Medicine Research*, 18(2), 69-76.

- Wieland, L. S., Manheimer, E., & Berman, B. M. (2011). Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane collaboration. *Alternative therapies in health and medicine*, 17(2), 50–59.
- Wiese, Marlene, Candice Oster e Jan Pincombe (2010), “Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care: a review of the literature”, *Health*, 14 (3), pp. 326-342.
- Willis, E. (1989) *Medical Dominance* Allen and Unwin: Sydney
- Willis E. & White K. (2003) Evidence Based Medicine and CAM. In: Tovey P, Easthope G, and Adams J (eds) *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine: Studies in the Social Context* (56-68). London: Routledge,.
- Wohlmuth, H. (2003). Herbal medicine. In *An introduction to complementary medicine*. (pp. 191-212). Routledge.
- World Health Organization. (WHO) (2002), *Traditional Medicine Strategy 2002- 2005*, Geneva.
- World Health Organization. (WHO) (2004). *WHO guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine*.
- WHO Congress on Traditional Medicine (2008). Beijing Declaration. Disponível em: [http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM\\_BeijingDeclarationEN.pdf?ua=1](http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2010a). *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: benchmarks for training in traditional Chinese medicine*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44353>
- World Health Organization. (2010b). *Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine: benchmarks for training in naturopathy*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44355>
- World Health Organization (WHO) (2013). *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, Geneva.
- World Health Organization. (WHO) (2019). *WHO global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>
- Wu, J. (2006). *Iniciação ao taoísmo*. Volume 2. Rio de Janeiro. Mauad. p. 63.
- Yin, R. K. (2001) *Estudo de caso: planejamento e métodos* / Robert K. Yin; trad. Daniel Grassi – 2.ed. – Porto
- Yin, R. K. (2003). *Case Study Research: Design and Methods* (Vol. 5). SAGE.

- Zollman, C. & Vickers, A. (1999a). ABC of complementary medicine: users and practitioners of complementary medicine. *British Medical Journal*, 319, 836–8.
- Zollman, C., & Vickers, A. (1999b). What is complementary medicine?. *British Medical Journal*, 319 (7211), 693-696.
- Zupanic-Slavec Z, Toplak C. Water, air and light--Arnold Rikli (1823-1906). *Gesnerus*. 1998 ;55(1-2):58-69.

## **Fontes Documentais**

### **Arquivo da Presidência da República**

Veto Presidencial: Comunicação ao Governo sobre o sentido da não promulgação do Decreto registado na Presidência do Conselho de Ministros sob o nº 389/98/MS, Presidente da República, 21 de Setembro de 1999.

### **Fontes documentais recolhidas no site da Assembleia da República (<http://www.parlamento.pt>):**

Requerimento nº 275/AC/X/1 de 16 de maio de 2005.

Requerimento nº 530/AC/X/2 de 14 de dezembro de 2006.

Requerimento nº 137/VII apresentado pelo deputado Bernardino Soares do grupo parlamentar do PCP

Requerimento nº 342/VII apresentado pelo deputado Bernardino Soares do grupo parlamentar do PCP

Requerimento nº 1332/VII pela deputada Heloísa Apolónia do grupo parlamentar de “Os Verdes”

Requerimento nº 1331/VII apresentados pela deputada Heloísa Apolónia do grupo parlamentar de “Os Verdes”

Requerimento nº 69/VTT apresentado pelo deputado Jorge Roque do grupo parlamentar do PSD

Pergunta nº 952/X/3 de 25 de março de 2008.

Pergunta nº 1221/X/3 de 30 de abril de 2008.

Pergunta nº 2271/X/4 de 7 de maio de 2009.

Pergunta nº 299/XI/1 de 23 de novembro de 2009.

Pergunta nº 3401/XI/1 de 2 de junho de 2010.

Respostas do Governo aos Requerimentos e Perguntas ao Governo:

Ofício nº 4518 de 7 de junho de 2005 do Gabinete do Ministro da Saúde.

Ofício nº 1392 de 8 de fevereiro de 2007 do Gabinete do Ministro da Saúde.

Ofício nº 2653 de 9 de abril de 2008 do Gabinete do Ministro da Saúde.

Ofício nº 4389 de 6 de junho de 2008 do Gabinete da Ministra da Saúde.

Ofício nº 1914 de 22 de abril de 2009 do Gabinete da Ministra da Saúde.

Ofício nº 1519 de 25 de agosto de 2010 do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças.

Ofício n.º 14247 de 17 de Dezembro de 1998, do Gabinete do Ministério da Saúde

Ofício n.º 2297 de 3 de março de 2012, do Gabinete da Secretária de Estado dos Assuntos Parlamentares e da Igualdade

Audição Pública do Bloco de Esquerda às Associações das MAC: <http://beparlamento.esquerda.net>, «Terapêuticas Não Convencionais: lei portuguesa considerada como exemplar», 7 de maio de 2008 (acesso em Agosto de 2008).

Listagem das Associações das MAC presentes na Audição Pública do Bloco de Esquerda, Assessoria Parlamentar na área da Saúde do Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda.

Petição n.º 1/VIII/1 de 20-09-1999

Petição n.º 39/IX/1 de 21-03-2003

Comissão Parlamentar de Saúde, Acta n.º 28/X/3.

Debates parlamentares, 4ª legislatura do Parlamento Europeu, sessões plenárias de 28-05-2007 e de 29-05-2007, disponíveis no site <http://www.europarl.europa.eu>

Projeto de Lei N.º 34/VIII - Regulamentação das Medicinas Não Convencionais

Petição N.º 1 /VIII(1.ª) subscrita pela Federação Nacional de Associações de Medicinas Alternativas

Projeto de Lei N.º 91/VIII sobre o ato médico

Projeto de Lei n.º 263/IX – Lei do Enquadramento Base das Medicinas Não Convencionais

### **Legislação Portuguesa, Fontes Judiciais e Institucionais**

Processo n.º 819/88, Tribunal Judicial de Almada, 2º Juízo, 2ª Secção.

Inquérito n.º 921/98, Tribunal Judicial da Comarca de Bragança.

Código Penal. 1995. Coordenação de Maria João Antunes. Coimbra: Coimbra Editora.

«Ato médico»: Projeto de Decreto-Lei n.º 389/98/Ministério da Saúde – Decreto-Lei do Conselho de Ministros de 29 de julho de 1999.

Relatório do Grupo de Trabalho - Medicinas Não Convencionais. 1999. Direcção-Geral de Saúde

Ata da Reunião Para audição da Comissão Técnica Consultiva sobre a proposta de lei que regulamenta a Lei 45/2003 realizada a 1 de fevereiro de 2012

Decreto-lei n.º 29 171 publicado a 24 de novembro de 1938

Decreto-Lei n.º 32.171, de 27 de julho de 1942 ( Lei do Exercício da Medicina)

Decreto- Lei n.º 42.210, de 13 de abril de 1959

Decreto-Lei n.º 215-C/75 de 30 de abril

Decreto-Lei n.º 94/95, de 9 de maio

Decreto-Lei n.º 97/2004 de 23 de abril. Diário da República n.º 96/2004 - Série I-A.  
Transpõe para a ordem jurídica nacional a Diretiva n.º 2003/63/CE, da Comissão, de 25 de junho, que altera a Diretiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano, e altera o Decreto-Lei n.º 72/91, de 8 de fevereiro, que regula a autorização de introdução no mercado, o fabrico, a comercialização e a comparticipação dos medicamentos de uso humano.

Decreto-Lei n.º 128/2013 de 5 de setembro. Diário da República n.º 171/2013 - Série I.  
Procede à oitava alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto, que estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina, e à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de fevereiro, transpondo as Diretivas n.ºs 2009/35/CE, de 23 de abril de 2009, 2011/62/UE, de 8 de junho de 2011, e 2012/26/UE, de 25 de outubro de 2012.

Decreto-Lei n.º 282/77, de 5 de julho

Decreto Legislativo Regional n.º 3/2015/M de 10 de fevereiro. Diário da República n.º 28/2015 - Série I. Estabelece o direito de opção dos cidadãos quanto às terapêuticas não convencionais na Região Autónoma da Madeira.

Decreto-Lei n.º 20/2013 de 14 de fevereiro. Diário da República n.º 32/2013 - Série I.  
Procede à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Diretiva n.º 2010/84/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 15 de dezembro de 2010.

Lei n.º 45/2003 de 22 de agosto. Diário da República n.º 193/2003 - Série I-A. Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais.

Lei N.º 71/2013 de 2 de setembro. Diário da República n.º 168/2013 - Série I.  
Regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais.

Lei n.º 1/2017 de 16 de janeiro. Diário da República n.º 11/2017 - Série I. Primeira alteração à Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais, estabelecendo o regime de imposto sobre o valor acrescentado aplicável a essas atividades.

- Lei n.º 33/2018 de 18 de julho. Diário da República n.º 137/2018 - Série I. Regula a utilização de medicamentos, preparações e substâncias à base da planta da canábica, para fins medicinais.
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro. Diário da República n.º 169/2019 - Série I. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto.
- Lei n.º 109/2019 de 9 de setembro. Diário da República n.º 172/2019 - Série I. Modifica o regime de atribuição de cédulas profissionais, procedendo à segunda alteração à Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais.
- Constituição da República Portuguesa - Texto originário da Constituição, aprovada em 2 de abril de 1976
- Despacho n.º 7712/2018 de 10 de agosto. Diário da República n.º 154/2018 - Série II. Cria o 1.º Ciclo de Estudos em Acupuntura - Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia.
- Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde n.º 327/2004, Diário da República, II série, n.º125 de 28 de maio de 2004.
- Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde n.º 261/2005, Diário da República, II série, n.º55 de 18 de março de 2005.
- Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde n.º 19229/2009, Diário da República, II série, n.º209 de 28 de outubro de 2009.
- Despacho Conjunto n.º 327/2004 de 28 de maio. Diário da República n.º 125/2004 - Série II. Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde.
- Despacho Conjunto n.º 261/2005 de 18 de março. Diário da República n.º 55/2005 - Série II. Ministérios da Educação, da Ciência, Inovação e Ensino Superior e da Saúde
- Despacho n.º 8898/2015 de 11 de agosto. Diário da República n.º 155/2015 - Série II. Altera a composição do Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais.
- Despacho n.º 8636/2016 de 4 de julho. Diário da República n.º 126/2016 - Série II. Cria o ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Osteopatia - Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve.
- Despacho n.º 8635/2016 de 4 de julho. Diário da República n.º 126/2016, Série II. Cria o ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Osteopatia - Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia.
- Despacho n.º 12337/2014 de 7 de outubro. Diário da República n.º 193/2014, Série II. Designa os elementos que integram o Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais.



- Diário da República n.º 11/2005 de 17 de janeiro, 1º Suplemento - Série III. Ato Societário. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FITOTERAPIA CLÁSSICA LISBOA.
- Diário da República n.º 73/2005 de 14 de abril, 1º Suplemento - Série III. CÂMARA NACIONAL DOS NATUROLOGISTAS E ESPECIALISTAS DAS TERAPEUTAS NÃO CONVENCIONAIS (CNNET)LISBOA.
- Diário da República n.º 57/2006 de 21 de março, 1º Suplemento - Série III. GALENO ESCOLA SUPERIOR DE NATURALOGIA, UNIPESSOAL, LDA MAFRA.
- Diário da República n.º 121/2006 de 26 de junho, 1º Suplemento - Série III. CNNET - CÂMARA NACIONAL DOS NATUROLOGISTAS - ESPECIALISTAS DAS TERAPÊUTICAS NÃO CONVENCIONAIS LISBOA.
- Portaria n.º 25/2014 de 3 de fevereiro. Diário da República n.º 23/2014 - Série I. Estabelece as competências e regras de funcionamento do Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais.
- Portaria n.º 182-B/2014 de 2 de setembro. Diário da República n.º 176/2014, 1º Suplemento - Série I. Aprova as regras a aplicar no requerimento e emissão da cédula profissional para o exercício das profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais.
- Portaria n.º 182-A/2014 de 12 de setembro. Diário da República n.º 176/2014, 1º Suplemento - Série I. Fixa o montante das taxas a pagar pelo registo profissional e emissão da cédula profissional para o exercício das profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais.
- Portaria n.º 182/2014 de 12 de setembro. Diário da República n.º 176/2014, Série I. Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das terapêuticas não convencionais.
- Portaria n.º 181/2014 de 12 de setembro. Diário da República n.º 176/2014 - Série I. Cria, no âmbito da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P., o Grupo de Trabalho de Avaliação Curricular dos Profissionais das Terapêuticas não Convencionais.
- Portaria n.º 200/2014 de 3 de outubro. Diário da República n.º 191/2014 - Série I. Fixa o valor mínimo obrigatório e estabelece as condições do seguro de responsabilidade civil a celebrar pelos profissionais das terapêuticas não convencionais.
- Portaria n.º 207-G/2014 de 8 de outubro. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento - Série I. Fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de especialista de medicina tradicional chinesa.
- Portaria n.º 207-F/2014 de 8 de outubro. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento - Série I. Fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de acupuntor.

- Portaria n.º 207-E/2014 de 8 de outubro. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento - Série I. Fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de fitoterapeuta.
- Portaria n.º 207-D/2014 de 8 de outubro. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento - Série I. Fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de quiroprático.
- Portaria n.º 207-C/2014 de 8 de outubro. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento - Série I. Fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de homeopata.
- Portaria n.º 207-B/2014 de 8 de outubro. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento, Série I. Fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de osteopata.
- Portaria n.º 207-A/2014 de 8 de outubro. Diário da República n.º 194/2014, 1º Suplemento - Série I. Fixa a caracterização e o conteúdo funcional da profissão de naturopata.
- Portaria n.º 150/2015 de 26 de maio. Diário da República n.º 101/2015 - Série I. Aprova os critérios de fixação da contribuição regulatória e das taxas de registo e as isenções, no âmbito da prossecução das atribuições pela Entidade Reguladora da Saúde, bem como os montantes, critérios de fixação das taxas de licenciamento e as isenções, no âmbito do regime jurídico que ficam sujeitos a abertura, a modificação e o funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e revoga a Portaria n.º 52/2011, de 27 de janeiro.
- Portaria n.º 172-F/2015 de 5 de junho. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento - Série I. Regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Naturopatia.
- Portaria n.º 172-E/2015 de 5 de junho. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento - Série I. Regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Osteopatia.
- Portaria n.º 172-D/2015 de 5 de junho. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento - Série I. Regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Quiropráxia.
- Portaria n.º 172-C/2015 de 5 de junho. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento - Série I. Regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Acupuntura.
- Portaria n.º 172-B/2015 de 5 de junho. Diário da República n.º 109/2015, 1º Suplemento - Série I. Regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Fitoterapia.
- Portaria n.º 45/2018 de 9 de fevereiro. Diário da República n.º 29/2018 - Série I. Regula os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelo ciclo de estudos conducente ao grau de licenciado em Medicina Tradicional Chinesa.

Resolução da Assembleia da República n.º 146/2011 de 9 de novembro. Diário da República n.º 215/2011 - Série I. Recomenda ao Governo a regulamentação da Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, relativa ao enquadramento base das terapêuticas não convencionais.

Resolução da Assembleia da República n.º 207/2016 de 24 de outubro. Diário da República n.º 204/2016 - Série I. Recomenda ao Governo que assegure a nulidade da interpretação feita pela Autoridade Tributária e Aduaneira relativamente à cobrança retroativa de imposto sobre o valor acrescentado nas prestações de serviços no âmbito de terapêuticas não convencionais.

Resolução da Assembleia da República n.º 214/2016 de 7 de novembro. Diário da República n.º 213/2016 - Série I. Recomenda ao Governo que acompanhe a implementação da Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro, que regulamenta a Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto, sobre o exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais.

Resolução da Assembleia da República n.º 262/2017 de 30 de novembro. Diário da República n.º 231/2017 - Série I. Recomenda ao Governo que seja aberto um novo período para pedir cédulas profissionais no âmbito das terapêuticas não convencionais.

Resposta da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) ao pedido de esclarecimento da Amena sobre uma «ação de Fiscalização, a decorrer em Território Nacional, no Mercado das TNC», <http://www.amena.tcpsa.com>.

Aviso n.º 5392/2019. Diário da República N.º 62/2019 de 28 de março - Série II. Projeto de Regulamento que Define o Ato Médico.

Regulamento n.º 66/2015 de 11 de fevereiro. Diário da República n.º 29/2015, Série II. O presente Regulamento estabelece as regras do registo obrigatório no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) dos estabelecimentos sujeitos à jurisdição regulatória da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), nos termos previstos no artigo 4.º n.º 2 dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, as respetivas atualizações, suspensão, cessação e anulação e, bem assim, o pagamento da taxa de registo e das demais contribuições regulatórias.

Deliberação n.º 597/2006 de 15 de maio. Diário da República n.º 93/2006 - Série II. Universidade de Lisboa – Reitoria.

### **Artigos de Jornais**

Pro Teste, «Terapias Paralelas», n.º 118, Setembro de 1992, p.19.

Diário de Notícias, «Portugueses ainda aderem pouco», 4 de Dezembro de 2007, p. 11.

## **Artigos de Jornais Online Consultados**

Jornal Publico, online, 13-09-1999. Disponível em:

<https://www.publico.pt/1999/09/13/jornal/medicinas-alternativas-ao-ataque-123474>

Jornal Publico, online, 03-10-1999. Disponível em:

<https://www.publico.pt/1999/10/03/jornal/o-acto-medico-o-presidente-e-a-saude-124464>

Jornal Público online, 14.10.1999. Disponível em:

<https://www.publico.pt/1999/10/14/jornal/o-acto-medico-a-medicina-e-as-alternativas-124996>

Artigo TSF Noticias “Ordem dos Médicos aceita legitimação das medicinas alternativas” de 06-06-2000

Artigo TSF Noticias “Medicinas alternativas sem acto médico” de 08-06-2000

Artigo TSF Noticias “Profissionais discordam do projeto de lei do PS ” de 18-10-2000

## **Documentação da União Europeia**

Debates parlamentares, 4ª legislatura do Parlamento Europeu, Sessões Plenárias de 28 de maio de 2007 e de 29 de Maio de 2007. Disponível em:  
<http://www.europarl.europa.eu>

Documento A4-0075/97 da Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor.

European Commission. COST Action B4: Unconventional Medicine. Final Report of the Management Committee, 1993 - 98. Brussels, European Commission, 1998 (document reference EUR 18420 EN).

Euobserver, «Homeopathy industry pushes for EU-wide public healthcare support», 05 de Março de 2010. Disponível em: <http://euobserver.com/867/29620>

Relatório da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho relativo à aplicação das Directivas 92/73/CEE e 92/74/CEE sobre medicamentos homeopáticos (COM(97)0362 - C4-0484/9)

Relatório “sobre o estatuto das medicinas não convencionais”  
DOCPO\RR\322\322066.dc PE 216.066/def. OA/ALV

Entrevista exclusiva com Paul Lannoye. Disponível em:  
[http://www.naturemania.com/naturo/lannoye\\_collin.html](http://www.naturemania.com/naturo/lannoye_collin.html)

Tratado de Lisboa que altera o Tratado da União Europeia e o Tratado que institui a Comunidade Europeia, assinado em Lisboa em 13 de Dezembro de 2007. Disponível em:

<https://eurlex.europa.eu/legalcontent/PT/TXT/HTML/?uri=OJ:C:2007:306:FULL&from=PT#>

Tratado de Maastricht - O Tratado da União Europeia foi assinado em Maastricht 7 de Fevereiro de 1992. Disponível em: <https://www.europarl.europa.eu/about-parliament/pt/in-the-past/the-parliament-and-the-treaties/maastricht-treaty>

Diretiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 7 de Setembro de 2005 - relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de Março de 2011 - relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços” alterada com a Diretiva 2013/64/UE do Conselho de 17 de dezembro de 2013.

Diretiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 6 de Novembro de 2001 “que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano”.

Diretiva 2004/24/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 31 de Março de 2004 “que altera, em relação aos medicamentos tradicionais à base de plantas, a Directiva 2001/83/CE que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano”.

Diretiva 2004/27/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 31 de Março de 2004 “que altera a Directiva 2001/83/CE que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano”.

Diretiva 2013/64/UE do Conselho de 17 de dezembro de 2013 que altera as Diretivas 91/271/CEE e 1999/74/CE e as Diretivas 2000/60/CE, 2006/7/CE, 2006/25/CE e 2011/24/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, em consequência da alteração do estatuto de Maiote perante a União Europeia

Diretiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 6 de novembro de 2001 “que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano”;

Relatório “sobre o estatuto das medicinas não convencionais”  
DOCPO\RR\322\322066.dc PE 216.066/def. OA/ALV

Debates parlamentares, 4ª legislatura do Parlamento Europeu, sessões plenárias de 28-05-2007 e de 29-05-2007. Disponíveis em: <http://www.europarl.europa.eu>

Resolução N.º 1206, 1999 - Resolução da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, sobre a abordagem europeia às medicinas não convencionais.

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

Decisão N.º 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho de 23 de Outubro de 2007 “que cria um segundo Programa de Acção Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013)” é criado o projecto “Cambrella

## **Documentação da Organização Mundial de Saúde**

### Resoluções da Assembleia da Organização Mundial de Saúde:

Resolução WHA22.54 -“Estabelecimento da produção farmacêutica” de julho de 1969,

Resolução WHA30.49 “Promoção e desenvolvimento da formação e investigação em medicina tradicional” de maio de 1977

Resolução WHA40.33 “Medicina tradicional” de maio de 1987

Resolução WHA41.19 “Medicina tradicional\_e plantas tradicionais” de maio de 1988

Resolução WHA42.43 “Medicina tradicional e cuidados de saúde modernos” de maio de 1989

Resolução WHA44.34 “Medicina tradicional e cuidados de saúde modernos” de maio de 1991

Resolução WHA56.31 “Medicina Tradicional” de maio de 2003

Resolução WHA62.13 “Medicina Tradicional” de maio de 2009

Resolução WHA22.54-“Estabelecimento da produção farmacêutica de Julho de 1969

Resolução WHA30.49 “Promoção e desenvolvimento da formação e investigação em medicina tradicional” de maio de 1977

Resolução WHA40.33 “Medicina tradicional” de Maio de 1987

Resolução WHA41.19 “Medicina tradicional\_e plantas tradicionais” de Maio de 1988

Resolução WHA42.43 “Medicina tradicional e cuidados de saúde modernos” de Maio de 1989

Resolução WHA44.34 “Medicina tradicional e cuidados de saúde modernos” de Maio de 1991

Resolução WHA56.31 “Medicina Tradicional” de Maio de 2003

Resolução WHA56.31 “Medicina Tradicional” de maio de 2003

Resolução WHA67.18 Medicina tradicional de maio de 2014

### Outros Documentos:

64th World Health Assembly: List of Participants

World Health Organization. (1989). Constitution. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/36851>

Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, URSS, 12 de setembro de 1978

World Health Organization. Programme on Traditional Medicine. (2002). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la Salud. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67314>

World Health Organization. Beijing Declaration. (2008). Disponível em: [http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM\\_BeijingDeclarationEN.pdf?ua=1](http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf?ua=1)

Organización Mundial de la Salud. (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>

### **Sites de organizações nacionais e internacionais consultados:**

Site da União Europeia: [https://europa.eu/european-union/law/treaties\\_pt](https://europa.eu/european-union/law/treaties_pt)

Site da Organização Mundial de Saúde: <https://www.who.int/pt>

Site da European Social Survey: <https://ess-search.nsd.no/en/study/5296236e-b5ee-40dc-a554-81ea09211d1d>

Site da Marktest, empresa especializada na área de estudos de mercado: <https://www.marktest.com/>

Site do Parque Científico e Industrial de Medicina Tradicional Chinesa para a Cooperação entre Guangdong–Macau: <https://pe.gmtcmpark.com/page/1059.html>

Site do Centro Científico e Cultural de Macau: <https://www.cccm.gov.pt/#>

Portal do Governo da Região Administrativa Especial de Macau da República Popular da China: <https://www.gov.mo/pt/noticias/201004/>

Site da Fundação para a Ciência e Tecnologia: <https://www.fct.pt/apoios/cooptrans/macau/index.phtml.pt>

### **Outros Documentos**

Plano de Ação para a Cooperação Económica e Comercial da 4ª Conferência Ministerial do Fórum para a Cooperação Económica e Comercial entre a China e os Países de Língua Portuguesa (2014-2016)

## **ANEXOS**



## **As Questões de Resposta Aberta das Entrevistas e do Questionário**

Qual a sua percepção sobre a aceitação e desenvolvimento das TNC, depois da sua regularização, em Portugal? Quais se afirmaram mais (menos) e porquê?

A realidade das TNC em Portugal é diferente de outros países europeus?

Quais as principais dificuldades e constrangimentos das TNC?

As TNC podem ser complementares à medicina ortodoxa ou efetivamente são uma alternativa a esta?

As TNC devem ser integradas no Serviço Nacional de Saúde? Se sim questiono de que forma deve ser realizada essa integração.

Qual o futuro das TNC em Portugal e Internacionalmente?





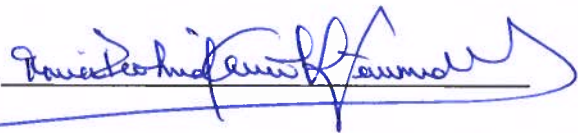


## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu Cristina Manuela Campos Ferra, estou a realizar o presente estudo, no âmbito de tese de doutoramento a decorrer no Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra, financiado pela Fundação Macau. Este estudo com o tema “O desenvolvimento das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal após a sua legalização (2003-2015)”, a realizar sob a orientação do Prof. ° Doutor António Rafael Amaro tem como objetivo compreender as fases de legalização das TNC e sua posterior regulamentação, comparando este percurso com os processos semelhantes na União Europeia.

A sua participação neste estudo é bastante pertinente, designadamente a sua entrevista/ as respostas dadas ao nosso questionário, permitem uma melhor compreensão dos nossos dados quantitativos.

Eu, Maria Deolinda Camilo Rodrigues Fernandes, abaixo assinado, com o endereço de correio eletrónico deolindajose0@gmail.com, na qualidade de participante desta investigação científica, “O desenvolvimento das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal após a sua legalização (2003-2015)”, declaro que tomei conhecimento da finalidade desta investigação e que concordo com o tratamento dos meus dados e respetiva difusão destes, nos termos constantes do presente documento, nomeadamente que autorizo a recolha, utilização, reprodução e divulgação dos dados da entrevista realizada por mim/ dos dados do questionário realizado por mim, assim como a minha identificação como autor do conteúdo da entrevista/ do conteúdo do questionário para fins científicos/académicos.



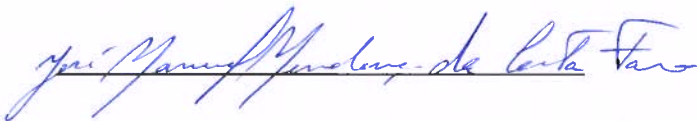
(Assinatura conforme documento de identificação)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu Cristina Manuela Campos Ferra, estou a realizar o presente estudo, no âmbito de tese de doutoramento a decorrer no Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra, financiado pela Fundação Macau. Este estudo com o tema “O desenvolvimento das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal após a sua legalização (2003-2015)”, a realizar sob a orientação do Prof. ° Doutor António Rafael Amaro tem como objetivo compreender as fases de legalização das TNC e sua posterior regulamentação, comparando este percurso com os processos semelhantes na União Europeia.

A sua participação neste estudo é bastante pertinente, designadamente a sua entrevista/ as respostas dadas ao nosso questionário, permitem uma melhor compreensão dos nossos dados quantitativos.

Eu, José Manuel Mendonça da Costa Faro, abaixo assinado, com o endereço de correio eletrónico deolindajose0@gmail.com, na qualidade de participante desta investigação científica, “O desenvolvimento das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal após a sua legalização (2003-2015)” , declaro que tomei conhecimento da finalidade desta investigação e que concordo com o tratamento dos meus dados e respetiva difusão destes, nos termos constantes do presente documento, nomeadamente que autorizo a recolha, utilização, reprodução e divulgação dos dados da entrevista realizada por mim/ dos dados do questionário realizado por mim, assim como a minha identificação como autor do conteúdo da entrevista/ do conteúdo do questionário para fins científicos/académicos.



(Assinatura conforme documento de identificação)

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

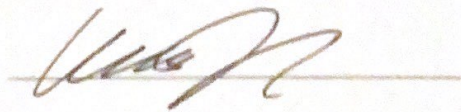
Eu Cristina Manuela Campos Ferra, estou a realizar o presente estudo, no âmbito de tese de doutoramento a decorrer no Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra, financiado pela Fundação Macau. Este estudo com o tema "O desenvolvimento das Medicinas Alternativas e Complementares em Portugal após a sua legalização (2003-2015)", a realizar sob a orientação do Prof. ° Doutor António Rafael Amaro tem como objetivo compreender as fases de legalização das TNC e sua posterior regulamentação, comparando este percurso com os processos semelhantes na União Europeia.

A sua participação neste estudo é bastante pertinente, designadamente a sua entrevista/ as respostas dadas ao nosso questionário, permitem uma melhor compreensão dos nossos dados quantitativos.

Eu,

Nuno Duarte Rebelo de Andrade e Lima  
abaixo assinado, com o endereço de correio eletrónico  
CLINICANUNOLENOS @ GMAIL . COM, na qualidade de  
participante desta investigação científica,

\_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento da finalidade desta investigação e que concordo com o tratamento dos meus dados e respetiva difusão destes, nos termos constantes do presente documento, nomeadamente que autorizo a recolha, utilização, reprodução e divulgação dos dados da entrevista realizada por mim/ dos dados do questionário realizado por mim, assim como a minha identificação como autor do conteúdo da entrevista/ do conteúdo do questionário para fins científicos/académicos.



(Assinatura conforme documento de identificação)