



**Patricia Alexandra
Silva Dias**

**A escolha entre Medicina Convencional e Medicina
Tradicional Chinesa**



**Patricia Alexandra
Silva Dias**

**A escolha entre Medicina Convencional e Medicina
Tradicional Chinesa**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território.

À Margarida e ao André com todo o meu amor

o júri

Presidente

Professor Doutor Rui Armando Gomes Santiago
Professor Associado com agregação da Universidade de Aveiro

Vogais

Professora Doutora Elsa Maria de Oliveira Pinheiro de Melo
Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Carvalho agradeço toda a paciência e o trabalho de acompanhamento na preparação desta dissertação de mestrado e a amabilidade que sempre demonstrou.

À Dra Sandra Bastos pelo apoio e acompanhamento neste caminho.

À minha família pela dedicação e tolerância.

palavras-chave

Medicina alternativa e complementar, medicina convencional, medicina tradicional chinesa, Portugal, Singapura

resumo

Nas últimas décadas, nos vários países desenvolvidos onde a medicina convencional há muito domina o sistema oficial de saúde, tem-se vindo a assistir à expansão de práticas não convencionais de saúde, habitualmente conhecidas por medicinas alternativas e complementares. Portugal, de uma forma tardia, mas à semelhança de outros países tem percorrido um importante caminho na procura da sua legitimação. Em contrapartida Singapura apresenta-se como um país onde este tipo de práticas é frequente. Das práticas referidas destaca-se a medicina tradicional chinesa que desde o ano 2000 se encontra devidamente regulamentada. Tendo por base esta realidade, o presente estudo pretende identificar as razões que estão na base da escolha do tratamento, em situação de doença, em Portugal e Singapura.

keywords

Complementary and alternative medicine, western medicine, traditional chinese medicine, Portugal, Singapore

abstract

In the last decades, in the various developed countries where the western medicine long ago dominates the official health services, the choice for complementary and alternative medicine has been increasing. Portugal, like the other countries, has been lately, working hard on legitimating the use of complementary and alternative medicine. Singapore, on the other hand, is a country where these types of practices are common. From these complementary and alternative practices, the traditional chinese medicine is stands out in Singapore and its use is subjected to regulation since 2000. According to this reality, the present study tries to identify the reasons why patients choose each specific treatment in Portugal and in Singapore.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1: REVISÃO DA LITERATURA	4
1. SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL	4
1.1. Origem e evolução	4
1.2. Organização	7
1.3. A Medicina Alternativa e Complementar	9
2. SISTEMA DE SAÚDE EM SINGAPURA	13
2.1. Evolução	13
2.2. Organização	16
2.3. A Medicina Alternativa e Complementar	18
3. A MEDICINA CONVENCIONAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	20
4. A MEDICINA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE	23
4.1. A Medicina Tradicional Chinesa	25
CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	28
1. DEFINIÇÃO DO TEMA DE ESTUDO	28
2. PROCESSO METODOLÓGICO	29
2.1. Questões de investigação	29
2.2. Tipo de estudo	29
2.3. Contextualização da investigação: local de estudo e participantes	30
2.4. Instrumentos de colheita de dados	31
2.4.1. Características sociodemográficas	32

2.5. Procedimentos e análise de conteúdo	33
CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	36
1. PERCEÇÕES GERAIS	36
1.1. Imagens dominantes dos diferentes modelos	36
1.1.1. Imagens da Medicina Convencional	36
1.1.2. Imagens da Medicina Tradicional Chinesa	41
1.1.3. Modelos entre oposições e complementaridades	45
1.2. Domínios de divergência	48
1.2.1. Credibilidade	48
1.2.2. Qualidade / Eficácia	51
1.2.3. Risco	55
2. PERCEÇÕES DA ESCOLHA DO TRATAMENTO	58
2.1. Razões da escolha e prospetiva	59
2.1.1. Razões da escolha do Modelo Convencional	59
2.1.2. Razões da escolha do Modelo de Medicina Tradicional Chinesa	62
2.1.3. Razões da escolha dos dois modelos	63
2.1.4. Previsões de escolhas futuras	64
CAPÍTULO 4: CONCLUSÃO DO ESTUDO	68
BIBLIOGRAFIA	72
ANEXOS	81

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Grelha temático-categorial.....	34
--	----

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

ADSE- Assistência a Doença dos Servidores do Estado

APA-DA- Associação de Acupuntura e Disciplinas Associadas

APAMTC- Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa

ARS- Administrações Regionais de Saúde

CPF- Central Provident Found

EPE- Entidade Pública Empresarial

ERS- Entidade Reguladora da Saúde

ESMTC- Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa

MAC- Medicina Alternativa e Complementar

MAC- Medicinas Alternativas e Complementares

MTC- Medicina Tradicional Chinesa

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PAP- People`s Action Party

PIB- Produto Interno Bruto

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAMS- Serviço de Assistência Médico Social

SNS- Serviço Nacional de Saúde

UMC- Universidade Medicina Chinesa

ULS- Unidades Locais de Saúde

INTRODUÇÃO

A saúde é considerada uma condição essencial para o desenvolvimento das sociedades. Assim desde o início dos tempos a saúde e a sua manutenção são temas que preocupam a sociedade. A experiência de se estar doente ou bem de saúde é uma experiência individual que não pode ser partilhada, mas que, no entanto, se vive em sociedade. A saúde e a doença são experiências que não se aprendem através da experiência direta, mas que são construídas através de processos de comunicação e interação. O que sabemos acerca da saúde e da doença é resultado de processos sociais, culturais e psicológicos. Assim, é possível perceber que os indivíduos atribuem significados diferentes à saúde e à doença. Carapinheiro afirma que, em cada época e em cada sociedade, uma doença domina a realidade da experiência e a estrutura das suas representações e que há necessidade crescente de colocar a saúde e a doença na ordem do mundo e da sociedade. Enquanto construção, a doença permite determinar os elementos de estruturação da identidade social do doente, a sua relação social com a doença, as percepções, representações e experiências subjetivas e objetivas da doença (Carapinheiro, 1986, p.10). O importante a ter em conta é que o indivíduo não se constitui isoladamente. É um ser constituído a partir das suas relações sociais, construindo a sua realidade dependendo da sua autonomia e iniciativa. As representações sociais não se reduzem apenas à partilha de opiniões, imagens ou atitudes. São utilizadas para organizar, transformar e dar sentido à realidade, apresentando-se assim como uma maneira de interpretar e pensar.

Pela saúde e pela doença, o indivíduo insere-se na sociedade. Sem dúvida que os contextos históricos, culturais, económicos, científicos e sociais alteram, influenciam e modificam os conceitos de saúde e doença. Com a expansão e o aumento do acesso à informação foram produzidas alterações significativas nas relações pessoais, sociais e internacionais. Assim, optar por um determinado tipo de cuidado de saúde implica uma tomada de decisão que se torna ainda mais significativa atendendo ao facto de o indivíduo dispor de informação acerca do sucesso e da complementaridade entre medicina convencional e a medicina alternativa e complementar.

A medicina convencional tem sofrido constantes alterações desde a sua génese. Inicialmente a doença era atribuída a causas sobrenaturais, pelo que a forma de tratamento

mais adequada correspondia a rituais mágicos e religiosos. Atualmente é atribuída a uma causa orgânica. O desenvolvimento da tecnologia de apoio ao diagnóstico, o conhecimento das diferentes funções dos órgãos, das células e genes permite, hoje, um diagnóstico baseado no conhecimento científico e uma escolha do tratamento baseada na observação e na sintomatologia. No entanto, apesar da evolução, verifica-se que a medicina convencional mantém uma abordagem reducionista da doença e continua sem soluções efetivas perante novas condições e doenças.

Paralelamente à medicina convencional coexistem outras práticas de diagnóstico e de cuidados. A tendência na literatura é agrupá-las sob o termo de medicina alternativa e complementar (MAC).

A medicina tradicional chinesa (MTC), disciplina integrante da MAC, é originária da China e está documentada há mais de 5000 anos. Ao contrário da medicina convencional que analisa fundamentalmente a relação causa/ efeito, a MTC não separa a doença do indivíduo. Para a medicina chinesa, o fundamental não é saber do que o corpo humano é constituído, nem de que forma os seus órgãos se dispõem, mas sim observar o modo como o corpo funciona de forma geral. Na MTC nada pode ser entendido se não tiver inserido no seu contexto. A saúde do indivíduo é o resultado de um equilíbrio entre forças energéticas. Para atuar sobre estas forças, os praticantes da MTC oferecem terapias naturais e seguras e uma possibilidade de cura do desequilíbrio com menos efeitos secundários.

Nos países ocidentalizados mais próximos da China, como Austrália e Singapura, há muito que a MTC se encontra legalizada. Já na Europa está regulamentada em países como Alemanha, França e Reino Unido. Em Portugal, à semelhança dos países referidos, existe um aumento da procura deste tipo de terapêuticas. Este aumento levou à tentativa de regulamentação oficial destas práticas que culminou com a aprovação da Lei n.º 71/2013. Em contrapartida, em Singapura, a MTC tem uma tradição muito forte tanto ao nível da prática, como ao nível da regulamentação e legislação. Esta realidade associada ao facto de o investigador, na altura da realização do estudo, se encontrar a residir em Singapura, despertou a realização de um estudo que comparasse as escolhas de tratamento em ambos os contextos.

Com efeito, procurámos saber, em termos gerais, se existem diferenças na escolha do tratamento por parte dos pacientes em situação de doença, em Portugal e em Singapura.

Este constitui o objetivo do nosso estudo, que possui como linhas orientadoras da investigação as seguintes questões:

- Quais as percepções dos cidadãos de Portugal e de Singapura sobre a medicina convencional e a medicina tradicional chinesa?
- Quais os fatores que estão na base da escolha de diferentes tipos de tratamento nos pacientes em Portugal e em Singapura?

Tendo por base o objetivo enunciado, elegemos uma abordagem metodológica do tipo qualitativo. Na tentativa de encontrar respostas para as questões de investigação formuladas, realizámos entrevistas semiestruturadas e procedemos à análise de conteúdo.

Como resultado deste percurso, a apresentação deste trabalho corresponde, de certa forma, às etapas de investigação. Assim, começamos por apresentar a revisão da literatura e o enquadramento metodológico, seguida da análise e discussão da informação recolhida.

No capítulo referente à revisão da literatura procurámos centrar a nossa atenção no sistema de saúde português e de Singapura, onde se analisa a sua organização, evolução e enquadramento da MAC, em particular da MTC. Procurámos ainda refletir sobre a assistência à saúde da medicina convencional e MAC, referindo especificamente a MTC.

No enquadramento metodológico apresentamos a definição do tema de estudo, contextualizámos a investigação e identificámos os instrumentos e os procedimentos utilizados para a realização do estudo empírico do trabalho. No capítulo seguinte é nosso propósito apresentar a análise e a discussão dos dados. Por último, apresentaremos as principais conclusões do nosso estudo, incluindo propostas para o desenvolvimento de futuras investigações nesta área.

CAPÍTULO 1: REVISÃO DA LITERATURA

1. SISTEMA DE SAÚDE EM PORTUGAL

1.1. Origem e evolução

O atual sistema de saúde português começou a desenhar-se no termo da década de sessenta e no início da década de setenta com a reforma do sistema de saúde e de assistência conhecida como “Reforma de Gonçalves Ferreira”. Durante este período surgiram os Centros de Saúde de primeira geração e foi reconhecido o direito de todos os portugueses à saúde. No entanto, foi a partir de 1974, com o início da democracia e com o processo de descolonização, que as políticas de bem-estar social em Portugal sofreram alterações profundas (Diogo, 2004).

Em 1976, com a aprovação da Constituição Portuguesa (artigos 63.º e 64.º), Portugal passou a ter um Serviço Nacional de Saúde (SNS) onde é reconhecido aos seus cidadãos o direito universal, geral e gratuito à saúde, independentemente da sua capacidade contributiva. No ano de 1979, através de Decreto-Lei n.º56/79 de 15 de Setembro, foi criado o SNS enquanto instrumento do Estado que assegura o direito à proteção da saúde nos termos da Constituição. Este Serviço goza de autonomia administrativa e financeira e assenta numa organização descentralizada e desconcentrada, compreendendo órgãos de âmbito central, regional e local. O SNS envolve todos os cuidados de saúde, tendo por objetivo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, seu diagnóstico e tratamento. Este dispõe, ainda, de serviços prestadores de cuidados de saúde primários e serviços prestadores de cuidados de saúde diferenciados.

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2001), os fundamentos essenciais deste sistema foram desde logo limitados pela fragilidade financeira do Estado, falta de transparência entre os interesses públicos e privados, limitação de acesso, baixa eficiência dos serviços públicos, ausência de inovação e utilização de métodos tradicionais na organização e gestão do SNS. Alguns autores (Baganha, Ribeiro & Pires 2002; Diogo, 2004) concluem que os princípios da universalidade e gratuidade do SNS se veem reduzidos perante o poder e força de alguns setores cujos objetivos não coincidem com esses princípios.

Na década de 1980, com a integração na Comunidade Europeia, Portugal vivenciou um período de crescimento e estabilidade económica. Foi durante esta época que se expandiram infraestruturas, instalações e equipamentos do SNS. Mas, foi também, nesta altura que os princípios do SNS começam a ser postos em causa (Carvalho, 2006).

Em 1982, com o objetivo de aumentar a eficiência do SNS, são criadas as Administrações Regionais de Saúde (ARS). As ARS são responsáveis pela implementação dos cuidados de saúde nas respetivas regiões. Foram criadas dezoito ARS correspondentes à divisão administrativa de Portugal. No mesmo ano é concedido ao SNS autonomia administrativa e financeira.

Em 1983, o Decreto-Lei n.º 344-A de 25 de Julho cria o Ministério da Saúde. A sua autonomia é reconhecida pela importância do setor, volume de serviços, infraestruturas que integra e importância que os cidadãos lhe atribuem.

As crises económicas iniciadas nos anos 70 e a ascensão de políticos liberais em países considerados “centrais” na década de 80 foram determinantes para o fim de um período de considerável crescimento económico e de rápida expansão dos sistemas de proteção social na Europa. No setor da saúde assistiu-se à propagação da ideia de que uma das principais causas da ineficiência dos sistemas de saúde se devia ao peso excessivo do Estado na prestação de cuidados de saúde (OPSS, 2002). Em 1990 é aprovada a Lei de Bases da Saúde, que visava a redução e a racionalização das despesas públicas através da introdução de mecanismos de mercado nos sistemas de saúde. Este foi considerado um ano de viragem decisiva no sistema de saúde português por Baganha e os seus colegas (2002). O SNS, tutelado pelo Ministério da Saúde, passou a ser o proprietário e gestor da maioria dos meios de produção de cuidados de saúde, conferindo ao Estado papel de financiador, prestador, gestor, decisor, regulador, mas não em exclusivo, pois abriu a possibilidade de prestação de cuidados à iniciativa privada, reconhecendo e estimulando a sua presença (Frederico, 2000). Verificou-se progressivamente, alguma privatização do sistema de saúde, quer na gestão e financiamento das unidades de saúde, quer na prestação de cuidados.

Com esta lei, pela primeira vez, a população está envolvida no processo de tomada de decisão da sua saúde. A proteção da saúde passa a ser perspectivada não só como um direito mas também como uma responsabilidade. Assim, na Base V, do capítulo I, está claramente definido que os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde.

A possibilidade de cobrança de taxas moderadoras surge pela primeira vez, de forma explícita, na Base XXXIV, promovendo assim uma alteração importante e, de certa forma já esperada, nos estatutos do SNS. Em 1992 é criado o regime de taxas moderadoras e respetivas isenções para o acesso aos serviços de urgência, consultas, meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório. O SNS deixa de ser gratuito para passar a ser tendencialmente gratuito, tendo o pagamento parcial do custo dos atos médicos como objetivo aumentar a qualidade e eficiência dos serviços prestados e permitir a prestação de cuidados de saúde gratuitos aos mais desfavorecidos, o que, para Carvalho (2006) traduz um recuo nos princípios do SNS.

Nos finais da década de noventa, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu novas orientações políticas para a gestão das mudanças pretendidas nos sistemas de saúde europeus que consistiam fundamentalmente na prossecução de políticas de saúde permanentemente adaptadas às necessidades de cada país, região ou comunidade, norteadas pelo princípio da qualidade, compatibilização de interesses e rentabilização do tipo custo-efetividade dos recursos existentes; na fiscalização, por parte do Estado, das fontes de financiamento dos cuidados de saúde tornando-os sustentáveis; na participação de todos os cidadãos, quer nas decisões políticas, quer na gestão dos cuidados de saúde; e no desenvolvimento de estratégias comunitárias multidisciplinares de proteção e promoção da saúde (Carapinheiro & Page, 2001). A estratégia de saúde esboçada para Portugal foi enquadrada nestas propostas e baseou-se na aproximação dos cuidados de saúde primários aos diferenciados e na possibilidade de articular formas públicas e privadas de prestação de cuidados de saúde segundo os princípios da “Nova Gestão Pública”.

Em 2002, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro), os Estatutos do SNS foram alterados, a fim de se equacionarem as figuras jurídicas necessárias à concessão de regras de gestão privada aos hospitais do setor público, acolhendo-se e definindo-se um novo modelo de gestão hospitalar aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados de saúde.

Nesta altura destaca-se a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), que tem como missão a regulação e supervisão do setor da prestação de cuidados de saúde. As suas áreas de atribuição são o acesso aos cuidados de saúde, a observância dos níveis de qualidade e a garantia de segurança, e o zelo pelo respeito das regras da concorrência entre

todos os operadores, no quadro da prossecução da defesa dos direitos dos utentes (ERS, 2011).

Em 2005, o processo de empresarialização continua a ser implementado, mas adota uma figura jurídica diferente, a de Entidade Pública Empresarial (EPE). Com a transformação dos hospitais em EPE é reafirmada a ideia de que estes são os que melhor se adequam à gestão das unidades de saúde hospitalares por compatibilizarem a autonomia da gestão com a tutela governamental (OPSS, 2008).

Quanto aos cuidados de saúde primários, o Decreto-Lei n.º 222/2007 conduziu à reestruturação do desenho organizacional da estrutura da administração regional e local, apostando na desconcentração da tomada de decisão, no reforço dos mecanismos de contratualização e na implementação da gestão por objetivos.

A reforma e estruturação do SNS é um processo de aperfeiçoamento constante que pretende acompanhar a evolução, necessidades e expectativas da sociedade. Com a implementação de reformas procura-se pensar no futuro e compreender as decisões tomadas no presente, tendo como finalidade contribuir para os ganhos de saúde, diminuição das desigualdades dos resultados em saúde e redução das desigualdades no acesso a tratamentos e educação para a saúde. No entanto, nos últimos anos, tem-se verificado que a ideologia política subjacente aos novos modelos de organização e gestão do SNS têm por base critérios de racionalidade como a efetividade, o custo e garantia de eficiência.

1.2. Organização

O sistema de saúde português baseia-se nos princípios do modelo social europeu e confere o direito à proteção da saúde a todos os cidadãos independentemente da sua condição social e económica.

No atual desenho do sistema de saúde português, o Ministério da Saúde, é responsável pelo desenvolvimento, supervisão e aplicação das políticas de saúde. Cabe ainda ao Ministério da Saúde a responsabilidade de regular, auditar e inspecionar os serviços prestados por entidades privadas mesmo não estando integradas no SNS. A sua organização é descentralizada, sendo dominada pelas regiões de saúde que são responsáveis pelo contacto entre o nível local e o Ministério. Em cada região de saúde há

uma Administração Regional de Saúde dotada de autonomia financeira e administrativa para decidir e implementar soluções adaptadas aos recursos e às condições de cada comunidade, bem como para avaliar o funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde.

No Sistema Nacional de Saúde incluem-se três tipos de prestadores: o SNS, que abrange todas as unidades de saúde dependentes do Ministério da Saúde; as entidades públicas, que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde; as entidades privadas e os profissionais liberais que acordem com o primeiro a prestação de cuidados ou de atividades de área da saúde.

A prestação de cuidados é assegurada através da rede nacional de cuidados de saúde, a qual abrange os cuidados primários, secundários e cuidados continuados integrados. Para a garantia deste tipo de cuidados estão integrados no sistema agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), Hospitais, Centros Hospitalares, Unidades Locais de Saúde (ULS) e a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Em 2010, os cuidados de saúde em Portugal eram assegurados por 80 hospitais gerais, 31 hospitais especializados, 346 Centros de Saúde e 1087 extensões de Centro de Saúde (Pordata, 2012).

O financiamento da prestação dos cuidados de saúde é salvaguardado pelo SNS, pelos subsistemas públicos de saúde, subsistemas privados de saúde, seguros privados de saúde e prestação privada. Os subsistemas públicos ou privados de saúde são entidades que, por lei ou contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente os encargos correspondentes. Já os seguros de saúde são considerados uma atividade complementar à própria prestação de cuidados de saúde. Por último, a prestação privada diz respeito à possibilidade que assiste aos utentes de recorrer aos prestadores de cuidados de saúde numa perspetiva privada. Em relação ao sistema de saúde português podemos afirmar que, na perspetiva de financiamento, há portanto, a componente pública e a componente privada, sendo a pública predominante.

Segundo o INSA, em 2009, aproximadamente 25% da população estava abrangida por um subsistema de saúde e por um seguro privado de saúde. Mais precisamente, aproximadamente 16% da população estava abrangida por um subsistema de saúde, aproximadamente 10% estava abrangida por um seguro privado de saúde e menos de 2% beneficiava da cobertura de dois sistemas de saúde. Em Portugal as pessoas podem ainda

beneficiar de tripla ou quádrupla cobertura: através do SNS, um subsistema decorrente da atividade desempenhada, aquisição de um seguro privado de saúde e de outro subsistema resultante da extensão da cobertura do cônjuge.

O SNS cobre 100% da população, a ADSE (Assistência a Doença dos Servidores do Estado) é atualmente o maior subsistema público e abrange cerca de 10% da população, sendo os beneficiários deste subsistema os trabalhadores do Estado. No setor privado, o maior subsistema de saúde é o da Portugal Telecom (PT-ACS, Associação de Cuidados de Saúde), estando abrangidos por este subsistema os trabalhadores das comunicações e correios. O segundo maior subsistema privado é o SAMS (Serviços de Assistência Médico Social), que cobre os cuidados de saúde dos trabalhadores bancários.

Explicitada a evolução e organização do sistema de saúde português, importa agora perceber a evolução e integração das medicinas alternativas e complementares (MAC) no mesmo sistema.

1.3. A Medicina Alternativa e Complementar

A integração das MAC nos sistemas de saúde tem sido tema de constantes debates, encontrando importante referência em documentos da OMS como, por exemplo, “Estratégia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”.

Portugal, à semelhança de outros países, tem percorrido um importante caminho na procura da sua legitimação e da sua crescente profissionalização. Os caminhos deste processo de profissionalização parecem conter traços comuns aos observados noutros países (Saks, 2003). Em Portugal, o processo de profissionalização tem suscitado interesse e alguma reflexão na sociedade e tem sido alvo de estudos que procuraram mapear as estratégias utilizadas pelas MAC e o propósito de tais estratégias relativamente ao modelo biomédico e à sua afirmação no sistema oficial de saúde (Almeida, 2008; 2010).

Uma das estratégias utilizadas é descrita por Almeida (2010) sob a forma de pragmatismo clínico. Na prática verifica-se que este tipo de medicinas procura a cura através de métodos baseados na experiência e rotina clínica em vez de procurar a evidência científica. Esta estratégia tem sido usada pela Ordem dos Médicos como entrave à prática das MAC, alegando a ausência de conhecimentos e de estudos que garantam a validade científica dessas práticas. Trata-se de um aspeto chave que tem vindo a ser amplamente

discutido na literatura das medicinas alternativas (Saks, 2003). Este assunto é também abordado por Antunes (2003) ao referir, a propósito das MAC, que a sua crescente popularidade tem causado grande desconforto na classe médica e que na apreciação do seu valor terapêutico podem ser usados critérios de validade científica da medicina convencional. Com base em resultados obtidos em estudos efetuados no contexto português, podemos constatar que a posição assumida pelas ordens profissionais e pela classe médica é contestada pelos profissionais das terapêuticas alternativas, que se referem aos resultados como prova da eficiência deste tipo de terapêuticas.

Outra das estratégias de profissionalização mais comuns utilizada pelas MAC tem sido a procura de regulamentação oficial e que, em Portugal, teve como primeira fase a aprovação da Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto. Esta lei constituiu o culminar de um alargado processo de discussão política e socioprofissional protagonizado pelo parlamento português e por representantes das associações socioprofissionais interessadas, designadamente a Ordem dos Médicos e associações profissionais associadas às medicinas alternativas e complementares. Entre as razões apontadas para a criação da lei encontravam-se:

“O aumento significativo da procura e do recurso a estas medicinas bem como os medicamentos e produtos homeopáticos; a tendência crescente para a regulamentação destas medicinas por vários Estados europeus; o crescente interesse do corpo médico convencional por métodos alternativos de tratamento, inserido numa tendência mais geral para uma abordagem holística da saúde; a tendência para um papel mais ativo dos pacientes no que respeita à sua saúde e bem-estar; e a necessidade de elevar padrões de qualidade e de controlar de forma eficaz estas medicinas de forma a garantir aos utentes a segurança e confiança na sua utilização.” (Almeida, 2008, p. 5)

Com a aprovação da lei, foram reconhecidas como terapêuticas não convencionais as praticadas pela Acupuntura, Homeopatia, Osteopatia, Naturopatia, Fitoterapia e Quiropráxia, colocando-se assim seis MAC no caminho para a regulamentação. A lei encontra-se estruturada em cinco princípios orientadores e define as MAC como “aquelas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias” Na lei, podemos ler os seguintes princípios:

- O direito individual de opção pelo método terapêutico baseado numa escolha informada sobre a inocuidade, qualidade, eficácia e eventuais riscos;
- A defesa da saúde pública no respeito do direito individual de proteção da saúde;
- A defesa dos utilizadores, que exige que as terapêuticas não convencionais sejam exercidas com um elevado grau de responsabilidade, diligência e competência, assentando na qualificação profissional de quem as exerce e na respetiva qualificação;
- A defesa do bem-estar do utilizador, que inclui a complementaridade com outras profissões de saúde;
- A promoção da investigação científica nas diferentes áreas das terapêuticas não convencionais, visando alcançar elevados padrões de qualidade, eficácia e efetividade.

Contudo, verificou-se que a lei permaneceu sem efeito prático pois não foi regulamentada, o que resultou na ausência de fiscalização, deixando os utilizadores sem qualquer proteção.

A regulamentação das MAC surge em Setembro de 2013 através da aprovação da Lei n.º 71/2013 que regula o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais e o seu exercício no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos. Este documento acrescenta a fitoterapia e a medicina tradicional chinesa como terapêuticas colocando esta última como disciplina à parte da acupuntura. De acordo com a mesma lei são reconhecidos os locais de prestação de terapêuticas não convencionais e os mecanismos de fiscalização e controlo, no entanto, é de estranhar a proibição da comercialização de produtos aos utilizadores nos locais de prática.

Quanto ao acesso às profissões das terapêuticas não convencionais, a nova lei determina, no artigo 5, a titularidade do grau de licenciado na prática da Acupuntura, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa, Naturopatia, Osteopatia e Quiropráxia. Neste ponto da lei parece estar acautelada uma das estratégias associadas à tentativa dos praticantes obterem legitimação no mercado de trabalho, demarcando assim a sua posição face ao charlatanismo. Importa salientar, no entanto, que as estratégias de demarcação em relação ao charlatanismo aumentaram no país, em particular após a aprovação da Lei n.º 45/2003. Com a introdução deste ponto na lei, a certificação

profissional passa a estar dependente dos requisitos fixados por portaria dos membros do governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior.

No que respeita à formação e investigação na área, em Portugal, a Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC) está entre as mais populares e reconhecidas no país e encontra-se intimamente associada à Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC). Embora exista uma variedade de escolas e associações, a ESMTC confronta-se com a Universidade de Medicina Chinesa (UMC) intimamente associada à Associação Portuguesa de Acupuntura e Disciplinas Associadas (APA-DA).

Em relação à regulamentação das MAC, os dados acima apresentados suscitam um conjunto de questões relativamente à posição futura das terapêuticas não convencionais dentro do sistema de saúde português. Mesmo com o reconhecimento da sua autonomia e da possível integração no setor público ou privado, poderemos questionar até que ponto estas medicinas poderão ser integradas num modelo de saúde biomédico, abandonando assim algumas das suas reivindicações e características em favor de aspetos mais científicos e padronizados. Outro ponto que permite alguma reflexão diz respeito à atitude da profissão médica. Irá a profissão médica desempenhar um papel de guardião destas terapêuticas ou, antes trabalhar em igualdade com os profissionais das MAC (Saks, 2003)? Mesmo regulamentadas irão estas medicinas integrar o Sistema Nacional de Saúde ou continuarão a operar no sistema de saúde privado? Por último, vale a pena acrescentar, poderá esta regulamentação modificar as perceções dos pacientes sobre as medicinas alternativas e influenciar a opção de tratamento numa situação futura?

Segundo Almeida (2008), de acordo com os entrevistados no seu estudo, mesmo regulamentadas e legalizadas, as MAC continuarão a funcionar de forma privada no mercado de trabalho e os médicos interessados em alargar a sua prática com este tipo de medicinas irão ter de o fazer por iniciativa própria e sem qualquer tipo de apoio oficial.

2. SISTEMA DE SAÚDE EM SINGAPURA

2.1. Evolução

Singapura é uma cidade-estado situada no extremo sul da península da Malásia, que conquistou autonomia aos Britânicos em 1959 e a independência da Malásia em 1965. Com uma área de 715.1 Km² e uma população de cerca de 5,3 milhões de habitantes em 2011 (maioritariamente de etnia chinesa e minoritariamente de etnia indiana e malaia), esta pequena ilha sem recursos naturais tornou-se, nos últimos 30 anos, uma das maiores e mais robustas economias do mundo. Desde a sua independência, em 1965, que se encontra no poder o partido político, People`s Action Party (PAP), liderado até Novembro de 1990 por Lee Kuan Yew, uma das personalidades mais marcantes da história recente de Singapura. Foi este homem, juntamente com o seu Ministro das Finanças, Goh Keng Swee, que conduziram Singapura de uma situação de subdesenvolvimento a um dos países mais ricos do mundo.

O elevado padrão de qualidade de vida, as condições habitacionais, o ensino e os serviços de saúde têm impulsionado a saúde dos cidadãos de Singapura. A este respeito, em 2000, a OMS classificou a performance do Sistema de Saúde de Singapura como a sexta melhor, num conjunto de 191 países (WHO, 2000).

As reformas do Sistema de Saúde de Singapura remontam o ano de 1960. Nesta altura os cuidados de saúde eram prestados essencialmente por organismos públicos e financiados pelo governo. Em 1960, o governo introduziu pela primeira vez o pagamento de taxas no acesso aos cuidados de saúde ambulatoriais. Nos quatro anos que se seguiram, foram descentralizados os cuidados de saúde primários dos hospitais e criadas 26 clínicas ambulatoriais e 46 clínicas materno-infantis (Lim, 2004).

Em 1967, o Ministro da Saúde declarou no seu discurso que a saúde seria a quinta prioridade na aplicação de fundos do governo. No entanto, apesar da declaração, as modificações resumiram-se basicamente à expansão e melhoria dos serviços, com uma consequente melhoria da saúde na população. Anos mais tarde, nos discursos de Lee Kuan Yew, em 1975, e do Ministro da Saúde, em 1981, é demonstrada a preocupação com o crescente aumento das despesas na saúde e é evidenciada a adoção de novas práticas de gestão. Estas declarações foram o prenúncio de uma extensa reforma no financiamento e estrutura do sistema nacional de saúde que viria a ser concretizada anos mais tarde.

Em 1984, é implementada a Medisave como uma extensão do Central Provident Fund (CPF). A este respeito surgem na literatura diversas referências relativas à análise do impacto desta medida no sistema de saúde (Barr, 2005; Chia & Tsui, 2005; Lim, 2005).

O CPF foi estabelecido em 1955 e consiste num esquema de poupança obrigatório, isento de impostos, para o qual a entidade empregadora e empregados são obrigados a contribuir mensalmente.

A Medisave tem carácter obrigatório e representa 7 a 9, 5% dos descontos efetuados para o CPF. Aos detentores da conta é permitido usar o valor acumulado para pagar as suas despesas hospitalares, assim como as despesas dos familiares diretos (Lim, 2004). Inicialmente a Medisave apenas assegurava o pagamento das despesas em hospitais públicos e em enfermarias de classe inferior mas, em 1986, a cobertura foi estendida aos hospitais privados e, em 1988, passou a assegurar todo o tipo de enfermarias. Mais tarde, com o objetivo de complementar o sistema, é introduzida o Medishield, o Medifund e o Eldersshield, com a introdução dos dois primeiros (Medishield e da Medifund) ficam completos os 3M que caracterizam o Sistema de Saúde de Singapura.

A Medishield complementa a Medisave e é um seguro de baixo custo, voluntário, que permite o pagamento das contas hospitalares referentes ao internamento em enfermarias de classe superior e no caso de doenças graves e internamentos prolongados. A Medifund trata-se de um fundo de Estado criado para aqueles que não capazes de pagar as suas despesas, quer por não estarem abrangidos pelos regimes anteriores, quer por já terem ultrapassado o limite de financiamento. Em 2002, foi introduzido o Eldersshield que se destina a idosos incapazes de pagar as suas contas e é um seguro de invalidez que confere proteção na fase mais avançada da vida.

Na década de 1985 é iniciada uma extensa reforma hospitalar que terminou cerca de 20 anos mais tarde. Na sua origem estiveram as crises económicas da década de 80, altura em que o governo procurou transferir o motor do crescimento económico do setor público para o setor privado (Barr, 2005).

Em 1986, um relatório do Comité Económico, fez referência à desregulação e privatização do sistema de saúde. Partindo deste pressuposto, o governo considerou vários modelos para reduzir ou eliminar o controlo pelo Ministério da Saúde e conceder autonomia aos hospitais. A face mais visível desta mudança emerge com a privatização dos hospitais, no entanto, a opinião pública negativa levou o governo a modificar os

planos. Segundo Lim (2009), o governo optou então pela empresarialização dos hospitais públicos e centros de especialidade. Com a empresarialização, o Ministério mantém a responsabilidade na formação das políticas públicas e regulação dos serviços de saúde. As instituições empresarializadas mantêm-se como propriedade do governo, mas são geridas como organismos privados, com autonomia sobre os recursos financeiros, humanos e operacionais; e diferem dos hospitais privados, pois são financiados pelo governo para a prestação de cuidados médicos subsidiados. Ao implementar estas medidas, o governo introduz mecanismos de mercado no setor da saúde. Aos hospitais é permitido definir os seus modelos de gestão, competir entre eles aumentando assim a sua eficácia e a eficiência.

No ano de 1987, é criado o “Monolithic Government Company” e o “The Health Corporation of Singapore”, entidade a que pertencem os hospitais e a partir da qual são geridos. Com o objetivo de melhorar a eficiência dos organismos empresarializados e acreditando que estes funcionariam melhor com um menor número de competidores, em 1999, as instituições foram reagrupadas em dois *clusters*: o “The National Health Care Group” e o “Singapore Health Services”. A formação dos dois *clusters* permitiu ao governo o controlo horizontal e vertical de todos os organismos públicos prestadores de cuidados.

No ano de 2008, com o objetivo de tornar os cuidados de saúde mais acessíveis aos cidadãos de Singapura, a estrutura dos dois *clusters* foi modificada para uma estrutura piramidal. Segundo este novo modelo, os cuidados de saúde passam a estar organizados por zonas e, à medida que se vai caminhando da base para o topo da pirâmide, os cuidados tornam-se mais especializados e diferenciados. Este modelo permitiu uma maior autonomia aos hospitais na gestão da sua zona.

O Sistema de Saúde em Singapura reflete um misto de responsabilidade, competição, orientação para o mercado e intervenção do Estado. Os cidadãos de Singapura, através do copagamento dos serviços de saúde, são responsabilizados pelas suas escolhas e pela partilha dos custos referentes e essas escolhas em vez de depender do Estado.

2.2. Organização

O Sistema de Saúde em Singapura é universal e acessível a todos os cidadãos, assentando na filosofia de que a adoção de comportamentos saudáveis e a prevenção de comportamentos indesejáveis são fundamentais na construção de uma nação saudável.

A prestação de cuidados de saúde primários em Singapura é assegurada por instituições de origem pública e privada que têm como objetivo responder às necessidades da população através da prestação de cuidados de saúde básicos ao indivíduo, família e comunidade. Nas suas responsabilidades estão incluídas a prevenção da doença, educação para a saúde, investigação e serviços de farmácia.

A rede de cuidados de saúde primários compreende “outpatient polyclinics” e “private medical practitioner's clinics”; 20% dos cuidados são fornecidos por 18 clínicas públicas, os restantes 80% são prestados por aproximadamente 2000 clínicas privadas. Em contraste, no que se refere aos cuidados de saúde secundários e terciários, 80% dos cuidados são prestados por organismos públicos e 20% por organismos privados (Qian & Lim, 2008).

Em 2012, faziam parte do serviço de saúde público 15 hospitais e centros de especialidade, num total de 10756 camas (MOH, 2013). As instituições de saúde estão organizadas sob a forma de *clusters*, numa estrutura piramidal: cada “*regional cluster*” é ancorado por um hospital regional que trabalha em conjunto com prestadores de cuidados primários, intermédios e prolongados. Em Singapura, o Sistema de Saúde compreende 5 *regional clusters*: Alexandra Health, Nathional Healthcare Group, National University Health System, Jurong Health Services e Singhealth. A ligação entre os diferentes prestadores de cuidados de saúde é assegurada através da “The Agency for Integrated Care” ao qual cabe fazer a transição dos doentes entre as diferentes instituições e os diferentes níveis de cuidados.

Nos hospitais de Singapura as camas hospitalares estão distribuídas por categorias que vão desde a classe A, à C. Em cada classe estão definidas o número de camas por quarto e as condições das instalações (ar condicionado, televisão, telefone, casa-de-banho e opção de escolha do médico). Os pacientes têm a opção de escolha entre os diferentes tipos de acomodação, sendo que 81% das camas existentes são altamente subsidiadas. Um paciente acomodado na classe A paga 100% dos custos, enquanto na classe C paga apenas

20%. O Ministério da Saúde estima que mais de 96% dos pacientes em classe B e quase 98% em classe C podem pagar as suas contas hospitalares através da Medisave.

Para garantir que os cidadãos fazem as escolhas certas é disponibilizado aconselhamento financeiro na admissão e na programação dos cuidados de saúde. No caso de doença grave ou hospitalização prolongada, a quantia acumulada na Medisave pode não ser suficiente. Para colmatar esta lacuna, o sistema de saúde oferece a possibilidade de subscrever a Medishield, um seguro de saúde de baixo custo que permite o pagamento das contas hospitalares numa acomodação de classe inferior, nos hospitais públicos. Através da Medishield, os cidadãos de Singapura podem pagar até 80% do valor das contas hospitalares não dedutíveis pela Medisave. A Medishield Plus é apresentada como uma versão mais cara e permite aos cidadãos que a subscreveram pagar as suas contas em hospitais privados e usar os seus prémios para pagar a hospitalização numa acomodação de classe superior.

Mesmo com a segurança da Medisave e Medishield, existem ainda cidadãos incapazes de pagar as suas contas. Para garantir que todos os cidadãos tenham direito aos cuidados de saúde, em Abril de 1933 foi criado, com um capital inicial de \$200 milhões de dólares, o Medifund. Neste momento o montante ascende aos \$1.7 biliões sendo que este valor resulta da injeções de excedentes orçamentais.

A este respeito, podemos concluir que a Medisave e a Medishiel foram desenhadas para assegurar eficiência e o Medifund foi criado para permitir a igualdade. O apoio aos cidadãos depende da análise da sua situação social e financeira, bem como da análise das contas hospitalares, sendo fornecido em instituições que tenham aprovação do Medifund.

Em jeito de conclusão pode afirmar-se que o Sistema de Saúde em Singapura se baseia na responsabilidade e não em direitos e privilégios. Assim, nenhum cidadão espera a prestação de serviços de saúde gratuitos, mas sim a partilha de custos associados à sua prestação. Cabe a cada cidadão a promoção da sua saúde através da adoção de um estilo de vida saudável com vista à redução da probabilidade de ficar doente (Tong, 1992). O valor acumulado na conta da Medisave pertence ao cidadão, pelo que, deve ser encarado como um incentivo. Os cidadãos devem usar a Medisave de forma prudente, fazendo escolhas adequadas e minimizando a necessidade de cuidados de saúde e permitindo a sua acumulação para cuidados de saúde futuros.

O sucesso do Sistema de Saúde reflete um misto de orientação para o mercado e individualismo, com enorme aceitação da intervenção do governo. Com a adoção da “medical savings account”, o governo de Singapura evitou deliberadamente um modelo de acesso aos cuidados de saúde universal e independente da capacidade contributiva dos cidadãos. Comparativamente com os outros países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), o governo de Singapura tem mantido as despesas com a saúde abaixo dos 5% do PIB (Produto Interno Bruto).

2.3. A Medicina Alternativa e Complementar

É provavelmente na Ásia que as MAC se encontram mais generalizadas. Singapura caracteriza-se pelo seu multiculturalismo e multirracialidade. Com uma população descendente de emigrantes chineses e dos vários países do sudeste e central asiático, não é de estranhar que a prática e procura das MAC se encontre bastante enraizada. Entre as várias formas das MAC, a MTC, introduzida há 200 anos pelos primeiros emigrantes chineses, é aquela que apresenta maiores praticantes e seguidores. Um inquérito realizado pelo Ministério da Saúde, em 1994, mostra que 45% dos cidadãos de Singapura já consultaram um praticante de MTC. Em 1998, o Ministério da Saúde estimava que 12% da população que recorreu aos cuidados de saúde ambulatoriais já se encontrava a ser seguida por praticantes de MTC (Lim, 1998).

O aumento do número de cidadãos que procuram a MTC e a crescente preocupação com a segurança dos pacientes originou, em 14 de Novembro de 2000, a criação do “Traditional Chinese Medicine Practitioners Board”. Este organismo é responsável pela regulação da conduta profissional e ética dos acupuntores e praticantes da MTC, assim como pela acreditação de escolas e cursos (Health Sciences Authority, 2008).

A partir de Janeiro de 2004, para praticar a MTC é obrigatório o registo neste organismo, sendo o registo validado através da análise dos dados fornecidos. Na sua análise é fundamental o local onde o praticante da MTC recebeu o curso. A “ School of Biological Sciences”, “ Singapore College of TCM” e o “ Institute of Chinese Medical Studies” são as únicas escolas acreditadas em Singapura por este organismo. Os profissionais oriundos do estrangeiro que adquiram qualificação em países com escolas

credenciadas na formação em MTC devem apresentar as suas qualificações a este organismo para obter a sua acreditação.

Em Singapura, os praticantes de MTC estão integrados no sistema de saúde, isto é, o acesso a este tipo de medicina está disponível nos hospitais e clínicas de natureza pública ou privada, podendo ser exercida por praticantes com formação específica em MTC e formação em medicina convencional. Para além destas opções, o acesso a este tipo de medicina pode ser feito através das tradicionais “Mom-and-Pop”. As “Mom-and-Pop” são lojas onde podem ser adquiridos produtos de origem vegetal. Normalmente, neste tipo de lojas o conhecimento é passado de geração em geração e é assumido pelo membro masculino da família. O que se tem verificado na realidade é um declínio acentuado neste tipo de lojas associado ao resultado das políticas de favorecimento do governo em relação à medicina convencional (Tan & Freathy, 2011).

O controlo das substâncias e todos os dispositivos utilizados pelos praticantes da MTC está a cargo do “Centre for Drug Administration”. Cabe a este organismo garantir a sua qualidade, eficácia e segurança.

Todavia é importante salientar que, apesar dos mecanismos de regulação e controlo da MTC por parte do governo de Singapura, na realidade, constata-se que esta é encarada como uma forma secundária de tratamento. O que se verifica na prática é que o financiamento e o investimento não são iguais nos dois tipos de medicina. Este facto assume uma maior relevância num país onde predominam os habitantes com ascendência chinesa.

3. A MEDICINA CONVENCIONAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A medicina convencional tem sofrido mudanças drásticas desde a sua génese até à atualidade. Na história da medicina identificam-se tradicionalmente duas tradições: a mágica e a racional (Carvalho, 2004). Na primeira, que se entendeu durante muitos séculos, as doenças eram encaradas como algo sobrenatural. A causa das doenças era atribuída ao universo dos espíritos e a sua cura dependia de alguém especializado a intervir neste mundo. Com a atribuição da doença a causas orgânicas, a observação dos pacientes e análise dos sintomas, assiste-se ao nascimento da medicina racional. Os gregos foram os primeiros a ver a medicina separada da visão mágica e foram os propulsores da ciência natural, explicando os acontecimentos por leis imutáveis (Margotta, 1996).

As teorias de Hipócrates, considerado o pai da medicina, representaram o ponto de partida para o nascimento da medicina moderna. Hipócrates através da descrição do sistema médico humoral explicou que a doença não era mais do que um processo natural oriundo de causas naturais e que o organismo tinha os seus meios de defesa. O tratamento deveria restaurar o equilíbrio entre os clássicos elementos e humores dentro do corpo (Foucault, 1994; Guerra, 1999). Galeno, mais tarde continuou a desenvolver a teoria humoral e direcionou a medicina para a manutenção da saúde pelo controlo da dieta.

No renascimento foi-se impondo na sociedade a ideia de que a religião e a superstição não podiam ser aceites como a única resposta para a causa da doença. A partir do século XVI com a descoberta da circulação sanguínea por William Harvey e a conceção dualista do ser humano de Descartes, assiste-se ao desenvolvimento e afirmação da medicina racional. Durante este período a posição social dos médicos ascendeu à medida que as superstições da medicina medieval foram desaparecendo.

O século XIX trouxe mudanças radicais na estrutura da sociedade humana e revolucionou áreas como a economia, a política, a tecnologia e os costumes (Margotta, 1996). Em meados deste século começa a emergir um novo tipo de medicina, a medicina moderna, também denominada de científica e biomédica. É nesta altura que o médico, apoiado pelos conhecimentos científicos se liberta do dogmatismo e da metafísica.

A prática médica nesta altura baseava-se no modelo biomédico, tendo como principais premissas a visão cartesiana do mundo que considerava o universo inteiro uma máquina, incluindo o homem, e a doença, como a avaria temporária ou definitiva de um

componente ou da relação entre os componentes de um corpo. Apesar da evolução, este modelo ainda persiste na atualidade mas é muito limitador pois considera uma única esfera de ser humano - a esfera fisiológica.

Na segunda metade do século XX, torna-se vigente um novo modelo, denominado de holístico. Este modelo procura abordar o ser humano como um todo, não o reduzindo a vários subsistemas. Na compreensão do conceito de saúde/doença passa a ser dada importância ao conhecimento de como as partes agem sobre o todo e à influência do ambiente no mesmo. De acordo com Uchoa e Vidal (1994), as noções de saúde/doença referem-se a fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos económicos, ambientais e culturais. Embora atualmente se assuma um conceito holístico de saúde, a perspectiva mecanicista e reducionista ainda permanece como marcante na área da saúde. A verdade é que o modelo biomédico da saúde leva os profissionais a concentrarem-se apenas na máquina corporal e a negligenciarem outros aspetos determinantes no processo saúde/doença.

Na medicina convencional o diagnóstico é considerado, desde o século XIX, a forma de transformar sinais e sintomas em dados objetivos. Na construção do diagnóstico, o médico baseia-se nos seus conhecimentos científicos, na história clínica construída através do exame clínico e dos exames complementares atualmente realizados sob uma sofisticada tecnologia. Por se apresentarem como fontes primárias sobre a doença e o doente, são o material sobre o qual o médico se debruça para começar a interpretar os factos e, a partir daí, construir o seu diagnóstico. A descrição do caso clínico não só exige a transformação das queixas dos doentes num texto clínico, mas também a produção de uma explicação diagnóstica que requer funções interpretativas por parte do médico, de forma a interpretar, explicar a doença e tomar uma decisão acerca da mesma (Cardoso, 1999).

O processo de tomada de decisão médica constitui o exercício mais completo do poder médico e envolve a utilização de conhecimentos científicos de veracidade facilmente verificável, bem como de conhecimentos, experiências e habilidades de valor científico menos reconhecido. Segundo Serra (2008), o processo de tomada de decisão trata-se de uma espécie de fim em si mesmo. Assim os vários momentos de tomada de decisão resultam de uma construção entre diferentes conhecimentos, abordagens, olhares e estratégias que se entrecruzam e materializam nas práticas médicas.

Hoje é comumente aceite que o adoecer, para além do binómio saúde/doença, é um processo que, dentro de determinadas características culturais, produz perceções diferentes sobre a doença e o doente e que se torna imperioso olhar o doente e interpretar sinais que estão para além da doença.

Também a filosofia dos cuidados de medicina se foi alterando ao longo dos tempos. Durante séculos a medicina apresentou apenas uma componente curativa. Presentemente, para além da componente curativa, é dada ênfase à componente preventiva. Procura-se, cada vez mais, que os indivíduos adquiram competências para saberem tratar da sua saúde e podê-la melhorar no seu dia-a-dia (Carvalho, Lopes & Gouveia, 2003). O estudo e conhecimento do material genético marcam o nascimento da medicina preditiva. A sua finalidade tem por definição os pontos fracos de cada indivíduo, indicando as suas vulnerabilidades e os perigos a que estão sujeitos.

O ser humano quando se vê confrontado com um problema de saúde, tende a procurar solução para os seus problemas fora da sua esfera familiar. Assim, optar por um determinado tipo de cuidado de saúde implica uma tomada de decisão que envolve entre outros fatores, a sua conceção de saúde/doença, a rede de cuidados de saúde disponível e a necessidade, ou não, de pagar pelos serviços. Atualmente, tem-se verificado um aumento da procura das MAC. O possível desencantamento com o modelo biomédico ou com a medicina convencional pode estar na origem da procura de formas alternativas de tratamento. Spence e Ribeaux (2004) referem dois aspetos que contribuirão para questionar o modelo biomédico. Segundo estes autores, o primeiro aspeto prende-se com a ausência de eficácia perante novas doenças e condições. O segundo refere-se ao facto de os indivíduos, tendo acesso a mais informação e conhecimento acerca da sua saúde, tenham também a possibilidade de procurar outros tipos de tratamento. Bates (2002), considerou a focalização nos erros e nas limitações da medicina moderna um forte contributo para o crescente interesse pelas medicinas alternativas.

Se por um lado, a insatisfação com a medicina convencional poderá favorecer a procura de práticas alternativas, por outro, as propostas apresentadas pelas MAC poderão ser atrativas por si próprias, indo ao encontro do que os seus utilizadores procuram.

4. A MEDICINA ALTERNATIVA E COMPLEMENTAR NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Paralelamente à medicina convencional coexistem outras práticas de diagnóstico e de cuidados. A tendência na literatura é agrupá-las sob o termo de medicina tradicional, medicina alternativa e complementar (MAC) ou medicina não convencional. A tentativa de compreensão da MAC confronta-se com a inexistência de uma definição uniforme. Segundo a OMS, as MAC são o somatório do conhecimento, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências de diferentes culturas que são usadas para manter a saúde, assim como para prevenir, diagnosticar, melhorar ou tratar doenças físicas e mentais, que não se encontram inseridas nos sistemas nacionais de saúde e não fazem parte da tradição do país. De acordo com o National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, 2006), as MAC “ são um conjunto de diversos sistemas, práticas e produtos médicos e de atenção à saúde que não se consideram atualmente parte da medicina convencional”. Eisenberg, Kessler, Foster, Norlock, Calkins e Delbanco (1993) definem MAC como o conjunto de sistemas terapêuticos e intervenções que não são ensinadas em escolas médicas e que geralmente não estão disponíveis nos hospitais ou que não estão em conformidade com os padrões da comunidade médica. O grupo Cochrane define a MAC como um domínio alargado de terapias que englobam todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas e as suas teorias e crenças associadas, que não são intrínsecas ao sistema de saúde politicamente dominante de uma sociedade ou cultura num dado período da história.

Embora não sejam iguais entre si, todas as definições realçam a tendência em definir as MAC como tudo o que está excluído da medicina convencional e como sendo um termo que abrange várias filosofias, abordagens e modalidades que a medicina alopática habitualmente não estuda, compreende, aceita, usa ou torna disponível (Koithan, 2009). O Termo MAC apresenta-se como um termo que se reveste de diferentes significados, designando qualquer forma de tratamento que não faça parte da medicina oficial.

A popularidade das MAC tem aumentado nos países ocidentais, sendo interessante notar que o seu crescimento esteja a ocorrer em países onde o método científico e a ciência ocidental são geralmente aceites como pilares dos cuidados de saúde e o paradigma

dominante é a medicina baseada na evidência (Almeida, 2012). A tomada de decisão de utilização de práticas das MAC torna-se ainda mais significativa e com extenso relevo social, se atendermos que implica um pagamento não participado, que potencialmente contradiz o conselho médico, e que o indivíduo se submete a si próprio a práticas e produtos que não foram necessariamente testados com rigor (Coulter & Willis, 2004).

Até meados dos anos 50 do século passado, o campo de conhecimento das MAC era entendido, de um modo geral, como “charlatanismo” pela comunidade médica ocidental. A partir da segunda metade do século XX tem-se vindo a assistir a um “revivalismo” (Cant & Sharma, 1999) de práticas não convencionais de saúde, entre elas as medicinas alternativas e complementares (revivalismo no sentido de que não representam um fenómeno novo no sistema de saúde) (Almeida, 2010).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, estima-se que 70 a 80% da população dos países ocidentais recorre em alguma circunstância à medicina tradicional, em algumas das suas vertentes (OMS, 1998). Em vários países desenvolvidos foram realizados estudos que visaram demonstrar a taxa de utilização das MAC. Os estudos realizados nos EUA, em 1990 e 1997, mostram um aumento significativo da utilização das MAC, de 33, 8% para 42,1% (Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Rompay & Kessler, 1998). Em França, em 1994, a taxa de utilização situou-se nos 49% (Fischer & Ward, 1994); no Reino Unido, um estudo populacional indicou que 10% da população utilizava alguma forma de MAC (Thomas & Coleman, 2004); e na Alemanha, um estudo realizado em 2007 revelou que 60% dos médicos de família utilizaram as MAC na sua prática clínica (Joos, 2011).

No que se refere ao tipo de utilizador mais provável das MAC, Ernest, em 2000b, após a análise de doze estudos realizados em países industrializados, identificou como utilizadores mais comuns, mulheres de meia-idade, com escolarização e nível socioeconómico elevado.

No futuro imediato não é de esperar que a crescente procura das MAC pare, estando a ocorrer num contexto de mudanças sociológicas que têm produzido um clima político em que estas terapias desafiam a medicina convencional e procuram o seu próprio espaço. É de certa forma consensual que, desde o seu revivalismo, as MAC têm reivindicando mudanças nos cuidados oficiais de saúde de vários países (Almeida, 2010;

Couler & Willis, 2004; Kessler, Davis, Foster, Rompay, Walters, Wilkey, Kaptchuk & Eisenberg 2001).

A integração das MAC nos sistemas de saúde tem sido tema de constantes debates, encontrando importante referência em documentos da OMS. Na declaração de Pequim, em 2008, definem-se, entre outros, os seguintes pontos:

1. Os governos são responsáveis pela saúde dos seus cidadãos e devem reformular políticas, regulamentos e *standards*, como parte de um Sistema Nacional de Saúde que assegure o uso apropriado, seguro e efetivo da medicina tradicional;
2. Reconhece o progresso de muitos governos, até à data, de integrar a medicina tradicional nos seus sistemas nacionais de saúde e apela para que os que ainda não o fizeram ponderem fazê-lo;
3. Os governos devem estabelecer sistemas para a qualificação, acreditação ou licenciamento da medicina tradicional e os terapeutas devem melhorar o seu conhecimento e aptidões com base nos requisitos nacionais;
4. A comunicação entre a medicina convencional e tradicional deve ser reforçada e estabelecer programas de formação apropriados para profissionais de saúde, estudantes de medicina e investigadores relevantes.

4.1. A Medicina Tradicional Chinesa

Com uma história de mais de 5000 anos, a MTC oferece terapias naturais, seguras e efetivas e a cura para várias doenças com menos efeitos secundários. Na MTC, a análise do corpo humano e o conceito de saúde tem como base uma visão holística, ou seja, nada pode ser entendido e analisado como isolado. A saúde é um estado de bem-estar que implica uma coordenação harmoniosa entre as diferentes partes do organismo e a sua adaptação ao meio externo. A doença surge quando existe uma quebra deste equilíbrio no organismo ou uma perda de equilíbrio entre o organismo e o meio ambiente. Com base nesta teoria, um praticante de MTC nunca olha isoladamente para a causa da doença. Na verdade, para entender a doença a causa é irrelevante, o praticante foca-se no paciente e nas suas experiências.

Para entender a MTC, a descrição dos elementos e conceitos que estão na sua base são fundamentais, pelo que nos seguintes parágrafos será descrito o conceito do yin e yang, a teoria dos cinco elementos, o conceito do Qi e o sistema dos meridianos.

O conceito do yin e do yang são fundamentais na medicina chinesa. Segundo o pensamento Taoista (Ernest & White, 2001), o Tao é a origem de todas as coisas. O Tao é o universo. Dele surgem duas energias opostas, complementares e suplementares: o yin e o yang. Para o yin existir, o yang necessita de estar presente. Nenhuma destas energias pode ser definida sem a presença da outra. Segundo a medicina chinesa o yin e o yang estão em constante equilíbrio. Para manter a saúde e prevenir a doença é fundamental que o ser humano mantenha o equilíbrio entre estas duas energias. Juntamente com o conceito do yin e do yang, a teoria dos cinco elementos constituem a base da MTC.

De acordo com os chineses, o cosmos desenvolveu-se e manifesta-se sob a forma de cinco categorias interdependentes - madeira, fogo, terra, metal e água. Toda a matéria no universo apresenta uma característica dominante que se assemelha às propriedades de um dos cinco elementos. Esta teoria é usada para agrupar as diferentes propriedades da matéria e as diferentes relações entre a matéria, na qual cada elemento é concebido para promover e produzir o seguinte através do ciclo de geração, ou controlar o outro, através do ciclo de controlo. A sequência do ciclo de geração é a seguinte: madeira, fogo, terra, metal e água: a madeira produz fogo, o fogo produz terra, etc. No ciclo de controlo, a sequência é a seguinte: água, fogo, metal, madeira e terra: a água controla o fogo, o fogo controla o metal, etc. Segundo esta teoria, cada parte da anatomia humana é controlada por um órgão e os órgãos do corpo humano estão associados aos cinco elementos: os pulmões ao metal, o fígado à madeira, o rim à água, o coração ao fogo e baço à terra. A teoria dos cinco elementos explica o funcionamento dos diferentes órgãos, tecidos e ligações. Quando um determinado órgão entra em desarmonia, o terapeuta deve ter em conta a influência de um órgão sobre o outro, sendo o ciclo de geração e o ciclo de controlo fundamentais para restabelecer a harmonia.

Para os filósofos chineses, o homem é um ser energético - todos os seres vivos e seres humanos possuem energia, a energia Qi. Esta sustenta o corpo de pé e suporta todas as suas atividades. Durante a vida o fluxo desta energia deve ser mantido a todo o custo sob pena de desencadear o caos. Os chineses acreditam que existe uma rede de caminhos dentro do corpo humano, os meridianos, onde circulam regularmente o Qi e o sangue. A

doença surge sempre que o seu fluxo é interrompido. Quando esta energia se dissipa, surge a morte. A energia Qi, também denominada de energia vital, é inata e adquirida. A inata é transmitida pelos pais no momento da concepção e é armazenada nos rins, a adquirida é obtida através dos nutrientes existentes no meio ambiente.

No corpo humano existem 12 pares de meridianos principais através dos quais os órgãos internos, órgãos externos e tecidos estão ligados. Cada meridiano está associado a um órgão ou função, recebendo assim o nome do órgão ou função inerente. O sistema dos meridianos é usado na MTC para explicar a fisiologia do corpo humano, a fisiopatologia da doença, assim como o diagnóstico e tratamento das doenças.

De acordo com a MTC, a saúde implica um equilíbrio dinâmico entre as várias partes do corpo e o meio ambiente. A doença surge sempre que esse equilíbrio é destruído pela ação de fatores internos ou externos, denominados de fatores patogénicos. Os fatores patogénicos podem ser classificados de endógenos ou exógenos, de acordo com a sua origem. Os fatores patogénicos exógenos estão relacionados com as alterações atmosféricas e os fatores patogénicos endógenos estão relacionados com as emoções.

Os princípios e métodos de tratamento na MTC baseiam-se na análise geral dos sinais e sintomas, incluindo a causa, natureza e localização da doença. O grande objetivo na MTC é sempre evitar os estados de desarmonia nos indivíduos. Caso tal não seja possível, há que recuperar rapidamente o equilíbrio.

CAPÍTULO 2: ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O enquadramento metodológico desempenha um papel essencial, pois só através da escolha de uma metodologia adequada ao estudo que é possível atingir os objetivos. Assim com o propósito de enquadrar as nossas questões de investigação, começamos, neste capítulo, num primeiro momento, por definir o tema de estudo e, num segundo momento, abordamos as opções metodológicas definidas, ou seja, definimos as questões de investigação, o tipo de estudo, os objetivos, e referimos e justificamos o instrumento de recolha de dados selecionado.

1. DEFINIÇÃO DO TEMA DE ESTUDO

Em diversos países do ocidente, a partir da segunda metade do século XX, tem-se vindo a assistir a um aumento da procura e utilização de práticas alternativas na saúde. De tal modo que se têm reivindicado mudanças nos cuidados estatais de saúde. Até à data, Portugal, à semelhança de outros países desenvolvidos, tem percorrido um logo caminho na tentativa de legitimação e regulamentação de algumas dessas práticas.

Em Singapura, desde 2000 que a prática da medicina tradicional chinesa se encontra regulada. Como resultado, o nível de confiança na medicina tradicional chinesa tem vindo a aumentar desde essa altura (Shen, Chu & Choo, 2005).

Os estudos existentes nesta área têm-se centrado maioritariamente na escolha entre as terapias não convencionais (nomeadamente a homeopatia e a acupuntura) e a medicina convencional. Tendo por base a mesma temática e tendo em conta que, em Singapura, a MTC já se encontra regulada, e uma vez que, em Portugal, à data do estudo, esta ainda carecia de legitimação legal, consideramos importante fazer um estudo comparativo entre os dois países. Definimos como tema “A escolha entre a medicina convencional e a medicina tradicional chinesa: o caso de Portugal e Singapura”. O objetivo geral deste estudo é identificar as razões que estão na base da escolha do tratamento por parte dos pacientes, em situação de doença, em Portugal e em Singapura.

Limitamos o nosso campo de estudo à MTC e à medicina convencional. As razões que ditaram esta limitação prendem-se com o facto de ambas se afirmarem como o tipo de cuidados mais procurados nos dois países, em situação de doença. De entre as terapêuticas

não convencionais, a opção da escolha da MTC prendeu-se com o facto de este tipo de terapêutica se apresentar como a mais popular e a mais utilizada nos dois contextos estudados.

2. PROCESSO METODOLÓGICO

2.1. Questões de investigação

O processo inicial de uma investigação consiste em precisar uma área de interesse ou preocupação do investigador para a qual se pretendem encontrar explicações. Recorde-se que, como temos vindo a referir, as terapêuticas alternativas têm aumentado o seu nível de confiança em países cuja biomedicina tem monopolizado os cuidados de saúde e têm-se afirmado como opção de tratamento em diversos sistemas de saúde. Tendo por base esta realidade foram colocadas duas questões de investigação:

- Quais as perceções dos cidadãos de Portugal e de Singapura em relação à medicina convencional e à medicina tradicional chinesa?
- Quais os fatores que estão na base da escolha de diferentes tipos de tratamentos nos pacientes em Portugal e em Singapura?

Nos processos de investigação, após a definição das questões de investigação e dos objetivos, é imperativo seleccionar uma opção metodológica para desenvolver o estudo. Neste sentido procuramos, de seguida, apresentar o tipo de estudo definido e o método eleito para a recolha de dados.

2.2. Tipo de estudo

A metodologia é um conjunto genérico de procedimentos ordenados e disciplinados, utilizados para a aquisição de informações seguras e organizadas. O tipo de estudo descreve a estrutura metodológica utilizada para responder às questões de investigação ou hipóteses, visando descrever as variáveis, explorar e analisar relações entre variáveis e ainda testar hipóteses (Padilla & Haro, 2000). Vários fatores estiveram na origem da escolha do método qualitativo como o método mais adequado para desenvolver o processo de investigação. Segundo Queirós (2001), a investigação qualitativa centra-se

na maneira como os indivíduos interpretam e dão sentido às suas experiências e ao meio no qual estão inseridos. Assim a compreensão de um fenómeno pode ser possível se conhecermos o indivíduo, as suas vivências, o significado que ele atribui ao fenómeno e o meio em que está inserido. Para Teixeira (2001), o objetivo da abordagem qualitativa será ao nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se expressam pela linguagem comum. Uma vez que este nosso estudo tem por base as razões que presidem à eleição do tratamento em caso de doença, torna-se fundamental recorrer a um método que nos permita aceder às motivações, perceções e atitudes dos potenciais pacientes. Assim, optámos por desenvolver uma abordagem qualitativa tendo por base um estudo exploratório/descritivo e comparativo.

2.3. Contextualização da Investigação: local de estudo e participantes

A investigação qualitativa é um tipo de investigação sistemática, preocupada em analisar os seres humanos e a natureza, enquanto em interação e inseridos em determinado meio ambiente. Envolve uma recolha de dados empíricos que geralmente descrevem o dia-a-dia e os momentos problemáticos da vida dos participantes, que são selecionados tendo em conta a sua experiência, cultura, convívio social ou um fenómeno específico com interesse (Carpenter & Streubert, 2002).

A seleção dos participantes foi efetuada com base nos objetivos definidos e segundo critérios de conveniência. Optámos por construir uma amostra de conveniência e em bola de neve. Estes elementos foram selecionados de acordo com um conjunto de critérios estabelecidos pelo investigador:

- Os atores a entrevistar são residentes em Portugal ou Singapura;
- Os atores em Portugal devem ter ascendência Portuguesa;
- Os atores em Singapura devem ter ascendência Chinesa;
- Devem ter vivenciado um episódio de doença nos últimos 5 anos.

A escolha dos participantes e do local de estudo deveu-se ao facto de o investigador, no momento do estudo, se encontrar a residir em Singapura e ter residido em Portugal até Janeiro de 2010. Aos participantes do estudo foram explicados os objetivos, garantido o anonimato e confidencialidade dos dados, com a certeza de que qualquer informação fornecida não seria publicamente divulgada a outros que não os envolvidas na

investigação. Foi ainda explicada a necessidade de proceder à gravação da entrevista e da importância do seu consentimento para a realização da mesma.

2.4. Instrumentos de colheita de dados

Antes da escolha do método ou métodos a utilizar na recolha de informação, o investigador deve conhecer os métodos disponíveis, bem como as vantagens e desvantagens de cada um, deve ter em conta o nível das questões, as características dos indivíduos e estratégias de análise definidas (Fortin,1999). Nos estudos de abordagem qualitativa, a entrevista é, por excelência, o método mais utilizado pelos investigadores.

Tendo em conta o objeto e objetivo de estudo da nossa investigação, selecionámos como modo de abordagem a entrevista semiestruturada.

A escolha deste tipo de entrevista prende-se com o facto de ser um instrumento útil no estudo de tópicos sensíveis, permitir comparações entre respostas no mesmo estudo, aumentar a validade das respostas, uma vez que o investigador pode clarificar as questões e as respostas com os respondentes e, ainda, pela possibilidade de avaliar as atitudes e reações dos entrevistados (Parahoo, 2006). Polit e Hungler (1995) também partilham da mesma opinião quando referem que a entrevista semiestruturada é muito flexível e interativa, permitindo que a informação colhida acerca do fenómeno seja mais ampla e profunda.

Como modo de abordagem na entrevista foi elaborado um guião com um conjunto de questões específicas em relação aos temas em análise (ver anexo 1 e 2).

Estruturámos a entrevista em três partes. Na primeira parte do guião da entrevista formulamos questões no sentido de encaminhar os entrevistados a partilhar as perceções relativas à medicina convencional e MTC. A segunda parte da entrevista visa examinar os fatores que estão na base da opção do tratamento, em Portugal e Singapura, em situação de doença. A terceira parte da nossa entrevista pretende identificar as características sociodemográficas dos nossos participantes.

Este guião foi precedido de dois pré-testes, um em Portugal e outro em Singapura, dos quais não resultaram alterações.

Foram realizadas 25 entrevistas semiestruturadas; destas, 12 foram realizadas a cidadãos de Portugal e 13 a cidadãos de Singapura com uma duração de cerca de 15

minutos. Estas entrevistas foram realizadas no momento e no local mais conveniente para o entrevistado, na maioria das vezes correspondendo à casa dos entrevistados.

As entrevistas foram realizadas entre Julho de 2012 e Agosto de 2012 pela própria investigadora, foram gravadas em suporte digital após a autorização por parte do entrevistado. As entrevistas foram transcritas e as gravações foram eliminadas.

Em relação às entrevistas é importante referir que de um modo geral os entrevistados em Singapura foram mais sintéticos nas suas respostas. As razões para esta diferença podem estar associadas a questões culturais já que é comum a comunicação ser mais breve, sobretudo com estrangeiros, em Singapura. O número de entrevistas está associado à saturação do discurso.

2.4.1. Características sociodemográficas

As características demográficas não diferem muito nos dois países. A média de idades dos entrevistados é de 36 anos em Portugal sendo a mesma em Singapura. Tal coincidência resulta do facto das entrevistas terem sido realizadas, como explicitado, pelo método de bola de neve e através de contactos pessoais da investigadora. Em relação ao sexo, verifica-se que em ambos os países a amostra é constituída maioritariamente por mulheres (10 em Portugal e 9 em Singapura) existindo apenas uma pequena diferença no número de indivíduos do sexo masculino (2 em Portugal e 4 em Singapura).

O nível de escolaridade constitui, também uma variável relevante na caracterização da amostra, tendo-se verificado alguma diversidade a este nível. Os entrevistados em Portugal têm, em média, como formação académica a licenciatura; o mestrado é o grau académico detido por apenas um elemento; dois entrevistados frequentaram cursos de pós-graduação e apenas um possui como formação o ensino secundário. Em relação a Singapura, consideramos para a nossa análise o ensino secundário (secondary education), o bacharelato (undergraduate education) e a licenciatura, mestrado e doutoramento (graduate education). Constatámos que três dos entrevistados possuíam o ensino secundário; cinco, o bacharelato; três, o mestrado, sendo o doutoramento detido apenas por dois entrevistados. Os dados demonstram que não existe diferença substancial entre as qualificações dos cidadãos de Portugal e Singapura que fazem parte desta amostra. Embora a amostra não pretenda ser representativa é importante conhecer as qualificações gerais dos cidadãos de

Portugal e Singapura. Em Portugal, em 2011, 16,8 % da população residente com mais de 15 anos era detentora do ensino secundário e 13,4% possuía como formação académica um curso superior (Pordata, 2013). Em Singapura os dados são relativos à população residente, não estudante com mais de 25 anos. Neste contexto foi possível observar que 19% apresenta como qualificações o ensino secundário e o ensino universitário é detido por 25,7% (Department of statistics Singapore, 2013).

No que diz respeito à profissão dos participantes no estudo, verifica-se uma diversidade da mesma nos contextos estudados (ver anexo 3). Em síntese e relativamente à caracterização dos entrevistados, verificamos uma ligeira predominância de mulheres, com uma média de idade de 36 anos e possuindo, na maioria dos casos, qualificações ao nível superior. Embora a amostra não procurasse ser representativa da população em geral a sua constituição não difere substancialmente dos dados utilizados por outros estudos empíricos em Singapura. De facto, em 2008, Chua e Furnham efetuaram um estudo que tinha como propósito verificar as crenças e atitudes dos residentes de Singapura e residentes no Reino Unido relativas à saúde e cuidados de saúde em geral, assim como na medicina alternativa e complementar. Neste estudo, num total de 110 participantes, 47 pertenciam ao sexo masculino e 63 ao sexo feminino. No que respeita à escolaridade foi possível constatar que a média de escolaridade se situa nos 13,9 anos em Singapura e 15,2 no Reino Unido.

2.5. Procedimentos e análise de conteúdo

Após a recolha dos dados procuramos proceder ao seu tratamento, tendo sido eleita a análise de conteúdo como técnica de análise da informação obtida. O conteúdo recolhido das entrevistas foi objeto de uma análise, como sugerido por Bardin (1995), que prevê a organização dos dados e a produção de categorias através do uso de procedimentos sistemáticos e objetivos que permitam a inferência de conhecimentos relativos às características específicas da mensagem. Desta forma, o discurso dos nossos entrevistados foi lido e organizado de forma a construir uma análise de conteúdo de tipo temático/categorial. O processo de construção das categorias resultou da análise do material empírico obtido através das entrevistas e do seu confronto com o quadro teórico.

Inicialmente, procedemos a uma primeira leitura de todas as entrevistas com o objetivo de criarmos ideias e alguns conceitos globais. Numa segunda fase, tendo em

atenção as questões de investigação e objetivos formulados para o estudo, procurou extrair-se das entrevistas os segmentos de discurso mais pequenos a serem codificados, constituindo assim as unidades de registo. As unidades de registo foram selecionadas durante o processo de análise de conteúdo contendo elementos do discurso que se traduzem em conhecimentos, opiniões ou ações quando os atores descrevem uma determinada realidade. Por último, classificámos as unidades de registo, estruturando-as em categorias que coincidiram com as questões formuladas durante as entrevistas.

Durante o processo de codificação das unidades de registo foram criadas grelhas de análise provisórias diferentes para os contextos estudados, que após várias leituras se foram transformando em grelhas definitivas. Nas várias grelhas foi possível identificar a relação entre as categorias nos contextos estudados facilitando assim a sua análise, interpretação e comparação.

Ainda de acordo com Bardin (1995), durante a fase de categorização procurámos que as categorias respeitassem as qualidades que são exigidas na sua definição: a homogeneidade, a pertinência, a produtividade, a objetividade e fidelidade.

A grelha temática categorial com a definição das dimensões, categorias e temas usados pode ser analisada de seguida (Tabela 1).

Tabela 1: Grelha temático-categorial

PRIMEIRA DIMENSÃO: PERCEÇÕES GERAIS	
CATEGORIA: Imagens dominantes dos diferentes modelos	
A análise procura identificar as perceções dos entrevistados quanto à natureza específica dos dois modelos de medicina.	
TEMAS	
Imagens da medicina convencional	Perceção dos entrevistados sobre as características dominantes do modelo de medicina convencional.
Imagens da medicina tradicional chinesa	Perceção dos entrevistados sobre as características dominantes do modelo de medicina tradicional chinesa.
Modelos entre oposições e complementaridades	Perceção dos entrevistados sobre os elementos comuns e divergentes entre os dois modelos.
CATEGORIA: Domínios de divergência	
Identificam-se domínios em que as perceções entre os dois modelos podem divergir.	

TEMAS	
Credibilidade	Percepção de domínios distintos de credibilidade nos dois modelos.
Qualidade/Eficácia	Percepções de diferenças nos resultados no uso dos dois modelos.
Risco	Divergência na identificação dos efeitos não esperados nos dois modelos.

SEGUNDA DIMENSÃO: PERCEÇÕES DA ESCOLHA DO TRATAMENTO

CATEGORIA: Razões da escolha e prospetiva

A análise procura identificar as percepções dos entrevistados quanto à escolha por um modelo específico em caso de tratamento e as intenções futuras.

TEMAS	
Razões da escolha do modelo convencional	Identificação dos critérios eleitos pelos entrevistados para a escolha do modelo de medicina convencional.
Razões da escolha do modelo de MTC	Identificação dos critérios eleitos pelos entrevistados para a escolha do modelo de medicina tradicional chinesa.
Razões da escolha dos dois modelos	Identificação dos critérios eleitos pelos entrevistados para a escolha dos dois modelos.
Previsões de escolhas futuras	Percepção das escolhas futuras em relação aos dois modelos.

CAPÍTULO 3: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados analisados neste capítulo referem-se aos discursos recolhidos durante as entrevistas realizadas a cidadãos de Portugal e Singapura que acederam a participar no estudo. A análise de conteúdo dos discursos centrou-se num processo de categorização tendo as categorias sido definidas e organizadas de acordo com os objetivos do estudo, as questões de partida e a revisão da literatura efetuada. Simultaneamente, as categorias e os temas resultaram da análise sistemática do conteúdo dos discursos e foram agregadas em unidades de registo e de enumeração, procurando-se desta forma proceder a uma análise que orientasse as respostas às questões de partida iniciais.

A análise de conteúdo dos discursos dos entrevistados foi dividida em duas dimensões, sendo a primeira, as perceções dos entrevistados sobre a medicina convencional e a medicina tradicional chinesa e o segundo, os fatores ou elementos na base da opção pelo tratamento em caso de doença. Os discursos foram analisados tendo sempre como ponto de partida uma base comparativa.

1. PERCEÇÕES GERAIS

1.1. Imagens dominantes dos diferentes modelos

1.1.1. Imagens da Medicina Convencional

O ser humano durante a sua vida vivencia diversas experiências na área da saúde e cria perceções ou representações sobre a saúde, a doença e os cuidados de saúde. Estas perceções são influenciadas pelos processos histórico-culturais e simultaneamente influenciam a tomada de decisão e orientam comportamentos. Procurámos com este tema analisar as perceções dos atores entrevistados sobre a medicina convencional.

Da análise dos discursos dos atores verificámos que em ambos os países existe tendência para associar a medicina convencional à cientificidade. Ao longo das entrevistas, os atores manifestaram a associação da medicina convencional ao conhecimento científico, isto é, à prática baseada em estudos comprovados e testada de acordo com princípios científicos:

“Para mim a medicina convencional é a medicina praticada pelos médicos, baseada em estudos científicos e também comprovados que têm conclusões e que resulta num conhecimento mais ou menos aprofundado do corpo humano”. (E1 P)

“Eu acho que a medicina ocidental é a medicina que é baseada no modelo científico, o que significa que tem sido testada de acordo com os princípios científicos de validade, credibilidade e fiabilidade (...) os resultados podem ser replicados com outras pessoas e em alturas diferentes, isto é, se eu tomar um paracetamol hoje, este vai funcionar da mesma maneira amanhã e se resulta comigo também vai resultar contigo, é válida no sentido em que aborda o problema que eu tinha, que era uma dor de cabeça”. (E16 S)

Apesar das diferenças culturais e geográficas entre os dois países, ambos os discursos evidenciam uma perceção dominante de que o método científico está na base da formação e prática da medicina convencional. A aplicação do conhecimento científico parece resultar de uma conceção do ser humano centrada no seu funcionamento biológico. Estas perceções resultam do facto de a medicina convencional sustentar a sua legitimidade enquanto prática convencional precisamente no conhecimento científico especializado. Como salienta Queiroz (2000), a medicina convencional assenta num paradigma científico apoiado numa consistência lógica e epistemológica. Acrescenta, ainda, que este paradigma deve basear-se na adaptação à comunidade científica e à sociedade, tendo em conta os seus interesses sociais e culturais. No entanto, esta parece ser uma dimensão da medicina convencional que não se encontra nos discursos dos entrevistados.

Não obstante, nas entrevistas foi possível constatar que os interesses da sociedade e dos cidadãos estão patentes no discurso dos entrevistados, sobretudo em Portugal, tendo sido referida, por alguns, a necessidade de regulação estatal da medicina convencional:

“Para mim a medicina convencional é aquela que está não só nos hospitais do SNS mas também no privado, os profissionais têm uma formação académica específica, seguem um conjunto de procedimentos que estão definidos na lei (...) reúne um conjunto de profissionais que estão claramente definidos e aos quais temos consciência a que devemos recorrer para tratar um problema de saúde (...).” (E2 P)

“Reúne um conjunto de procedimentos que estão definidos na lei e é a que está estabelecida em Portugal, é a medicina com a qual estou mais familiarizada (...) é aquela com que nós, aqui em Portugal, temos mais contacto e que está estabelecida, segue as regras da medicina, ou seja, do que é lecionado nas faculdades”. (E4 P)

Da análise das entrevistas é possível extrair um conjunto de fatores referenciados pelos atores que indicam a importância da regulação da medicina convencional. Para além da cientificidade que sustenta as práticas, os atores referem a necessidade de existência de um enquadramento legal, de formação académica e de locais apropriados para a prática e para o exercício da medicina. A existência de legislação e as ordens profissionais salvaguardam e sustentam, ou legitimam, estas perceções na sociedade portuguesa. Tais aspetos são, no entanto, menos evidenciados na MAC onde a legislação e regulação é tida como insuficiente (Silva, 2008a).

Em Singapura, no entanto, os discursos dos entrevistados não fazem referência à regulação da medicina convencional. A legislação existente no país pode constituir a justificação para esta diferença, já que não existe preocupação dos cidadãos em relação ao uso dos dois tipos de medicina uma vez que os princípios de cada uma se encontram bem definidos e devidamente regulamentados.

Para além da regulamentação legal também o local de exercício da medicina é identificado como um elemento caracterizador deste modelo.

“A melhor definição para mim seria de primeira escolha, de primeira linha, é a medicina que é praticada nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde a que as pessoas normalmente recorrem em Portugal (...)”. (E5 P)

“A medicina convencional é a medicina que vem do ocidente, maioritariamente da Europa e Estados Unidos, e a que por tradição recorremos...basicamente é o tipo de medicina que temos quando recorremos a uma clínica ou hospital (...)”. (E19 S)

Estes discursos parecem corroborar as conclusões dominantes na literatura de que a medicina convencional monopoliza o sistema oficial de saúde nos vários países industrializados do ocidente, assim como em Portugal (Almeida, 2010). Tal monopólio parece começar a estender-se ao oriente. No caso particular de Singapura tem-se verificado nas três últimas décadas um declínio da procura da MTC em favor da medicina convencional. As razões na base desta mudança prendem-se com as políticas de favorecimento de um sistema de saúde baseado em princípios ocidentais em detrimento das formas de tratamento oriental (Tan & Freathy, 2011). A tradição do domínio da medicina convencional parece contribuir para delimitar a conceção de medicina convencional nos discursos nos dois países.

Outro elemento destacado nos discursos sobre a medicina convencional, em relação ao qual parecem não existir diferenças substanciais entre os dois países, relaciona-se com o carácter individual e isolado deste modelo de medicina. Os seguintes excertos dos discursos denotam a identificação deste elemento caracterizador.

“(...) baseia-se nas nossas queixas procurando a cura das nossas queixas...os médicos recomendam que se façam exames e tratam-nos de acordo com os exames realizados (...)”. (E6 P)

“A medicina ocidental está mais focada nos sintomas e no seu alívio, o que eu quero dizer com isto é que está mais focada no tratamento de uma doença específica com sintomas específicos, é mais direcionada para a doença”. (E15 S)

“(...) para mim a medicina convencional tem uma filosofia que eu não concordo mas aceito, pois a visão do homem, o homem ainda se centra na soma das partes, de acordo com os nossos sintomas somos encaminhados para um especialista, agora já existem as consultas multidisciplinares mas servem apenas para nos facilitar a vida, no fim cada especialista trata a sua parte (...)”. (E2 P)

“(...) eu acho que a forma de entender o corpo é diferente e a forma como estudámos o corpo humano também é diferente, na medicina convencional o diagnóstico vem da forma como eles entendem o corpo e não está relacionado com o todo, baseia-se no estudo das diferentes partes e funções do corpo humano (...)”. (E18 S)

Podemos inferir do discurso dos atores que estes concebem a medicina convencional como estando centrada numa interpretação do processo de saúde e doença, que se concentra numa doença específica e no seu tratamento, limitando-se apenas à esfera fisiológica do indivíduo. Este pressuposto parece assentar em grande medida no facto de que, quando os cidadãos têm acesso aos cuidados de saúde, reconhecerem que são tratados por vários especialistas. Sendo a patologia portanto o foco principal da intervenção, os cidadãos sentem que sofrem intervenções como se fossem doentes diferentes. Ceolin, Keck, Pereira, Martins, Coimbra e Silveira em 2009 referem, a este respeito, que a perspetiva mecanicista do modelo biomédico ainda é marcante na área da saúde e que a medicina convencional perdeu ou não desenvolveu a sua capacidade de exercício clínico com alto teor de integralidade.

Por último, na análise deste tema, foi, ainda, possível identificar o tratamento como um aspeto fundamental na perceção da medicina convencional. Neste domínio foi possível

constatar que o recurso a produtos químicos no tratamento da doença foi associado pela maioria dos entrevistados a uma conceção de medicina convencional, especialmente no caso das entrevistas em Singapura, como se pode constatar nas seguintes afirmações:

“A medicina ocidental está focada no tratamento dos sintomas através do uso de drogas químicas que podem ser agressivas para outras partes do corpo”. (E20 S)

“A medicação prescrita normalmente não tem origem em plantas (...), é feita com produtos químicos”. (E18 S)

“Na medicina convencional usam produtos químicos e não é feita de produtos naturais”. (E21 S)

Embora o tratamento apresente muito pouca relevância no discurso dos atores em Portugal, o uso de químicos é igualmente referenciado como uma parte estruturante da definição do modelo de medicina convencional. O uso de produtos químicos como forma de tratamento é referido por um entrevistado como estando associado a práticas culturais tradicionais:

“Convencional no fundo é a medicina que temos cá nos hospitais, que no fundo funciona, que a medicação é feita à base de químicos, aquilo que conhecemos de ir ao médico é ir à medicina convencional e que a medicação prescrita será em princípio em grande parte à base de químicos”. (E10 P)

A análise deste tema permitiu concluir, com base nas unidades de registo selecionadas, que a perceção dominante sobre a medicina convencional se estrutura em torno da sua legitimidade científica; da regulação estatal, que atesta a adequação do seu funcionamento; da formalidade institucional do local da sua prática (hospital); do seu carácter individual e fragmentado e do uso extensivo dos químicos em processos de tratamento. Estes são os fatores que emergem como estruturantes dos discursos e das representações dos entrevistados acerca da medicina convencional. Um aspeto interessante a reter desta análise é a existência de elementos comuns nos discursos dos entrevistados nos dois países, apesar das diferenças culturais. Não obstante, são detetadas algumas diferenças relevantes.

Em relação à associação da medicina convencional à cientificidade não foram encontradas diferenças substanciais entre os dois países. Os atores são unânimes ao afirmar que a cientificidade é um aspeto fundamental da medicina convencional. Ao contrário da

cientificidade, a regulação da medicina convencional foi bastante expressiva na sociedade portuguesa, não tendo sido menos referenciada nas entrevistas realizadas em Singapura.

No que concerne à definição do conceito de medicina convencional e por ser um aspeto mais abrangente pudemos verificar na nossa análise que, em ambas as sociedades, foi reconhecida a importância do objetivo, da filosofia e das tradições no entendimento da medicina convencional. À semelhança da regulação, mas em sentido oposto, foi possível extrair das entrevistas que o tipo de tratamento efetuado apresenta relevância expressiva na sociedade de Singapura.

Analisadas as configurações da imagem que os atores entrevistados têm em relação à medicina convencional, importa agora perceber quais são as suas perceções em relação à MTC.

1.1.2. Imagens da Medicina Tradicional Chinesa

A existência da MTC responde aos desafios específicos da sociedade. Assim se entende que em cada sociedade se estabeleça uma cultura própria adaptada às suas características na qual são impressos parâmetros e conceitos que inevitavelmente a definem. Neste ponto da nossa análise de conteúdo tentamos dar conta do conjunto de perceções na conceptualização da MTC.

Em relação às entrevistas podemos inferir que, em Portugal, e em oposição à definição de medicina convencional é referida a falta de estudos que comprovem a eficácia da MTC como garantia da sua cientificidade. Os seguintes excertos de entrevistas constituem exemplo desta condicionante:

“(...) tem a ver com os antepassados, com o povo chinês e baseia-se em produtos naturais e técnicas naturais que não são comprovadas como na convencional, para os praticantes deste tipo de medicina o saber empírico dos antepassados é muito importante”. (E1 P)

“A medicina tradicional chinesa faz parte dos métodos que não são cientificamente provados embora os outros também não tenham acesso à parte do cientificamente provado, em que no fundo acredito neles mas sem ser só uma questão de crença (...)”. (E10 P)

Esta preocupação, embora com menor relevância, também é manifestada em Singapura.

Em contraposição à falta de legitimidade, a certificação associada à prática emerge como uma característica definidora do modelo de MTC nos discursos dos dois países. Apesar de, como referimos antes, a sua tradição estar mais presente em Singapura, os seguintes excertos denotam a presença dessa legitimidade:

“(...) em que no fundo acredito nelas mas sem ser só uma questão de crença propriamente e que acredito no psicológico, acredito porque na minha família já várias pessoas usaram e funcionou, também porque já usei e sei que esses métodos funcionam”. (E10 P)

“(...) eu cresci a tomar algumas formas de medicina tradicional chinesa, eu cresci a detestar a medicina tradicional chinesa (...). Lembro-me do cheiro da cozinha da minha mãe e pensar: “ oh, ela está a fazer outra vez aquele líquido horrível para eu tomar”. (E16 S)

Para além da legitimidade da prática e dos resultados obtidos, também a antiguidade é apresentada como um elemento definidor deste modelo de medicina, como é possível constatar através das seguintes citações:

“(...) a medicina tradicional chinesa é uma medicina de origem oriental, com mais de 5000 anos de existência (...) e que foi passando de geração em geração”. (E11 P)

“ Sim conheço, cresci numa família em que se usava muito a medicina tradicional chinesa, é uma medicina muito antiga que foi passada de geração em geração (...). (E25 S)

A tradição familiar no uso de métodos alternativos destaca-se, precisamente, como um elemento determinante na legitimidade concedida à tradição. A identificação deste fator e a diferença de expressividade existente nos dois países parece indicar a importância do uso da MTC em Singapura. Neste caso concreto foi possível verificar que a maioria dos atores, ao contrário do verificado em Portugal, referiu já ter tido contacto com a MTC. Esta realidade foi corroborada em 2005 por Lim, Sadarangani, Chan e Heng num estudo que tinha como objetivo identificar a prevalência do uso de medicina alternativa e complementar em Singapura. Nesse mesmo estudo Lim e os seus colegas (2005) concluíram que 88% dos participantes já tinham usado a MTC.

Em contrapartida, na análise da importância atribuída à antiguidade podemos concluir que esta apresenta uma grande expressividade no contexto português. Para um grande número de atores, a medicina tradicional está relacionada com ensinamentos milenares, passados de geração em geração. Uma hipótese plausível para esta associação pode estar relacionada com o facto da MTC em Portugal ser incessantemente ligada à China e ao saber empírico dos seus antepassados. Esta mesma tendência é também observada no discurso dos atores em Portugal quando fazem referência à origem da MTC:

“É um tipo de medicina que teve a sua origem na China (...)”. (E 6P)

Do conjunto de análises apresentadas e tendo em conta o número de unidades de registo encontradas nos dois países, parece ser possível concluir que a filosofia holística em que se baseia o modelo constitui um fator essencial na perceção da MTC. Os atores são unânimes ao afirmar que a medicina chinesa é tradicionalmente holística, como tal, vê o organismo como uma entidade orgânica constituída por órgãos e tecidos com funções distintas mas interdependentes. Quando os órgãos estão em equilíbrio, o organismo encontra-se em harmonia não existindo portanto doença, porém, e devido à sua interdependência, se um órgão se encontrar afetado os outros poderão vir a ser afetados (Surdoval & Esten, 2007).

Em relação aos princípios da MTC, encontrámos, recorrentemente, como princípios básicos no discurso dos atores, a alusão à energia do corpo e ao seu equilíbrio. De facto, como vimos na discussão teórica, a MTC assenta num paradigma distinto e os atores parecem incorporar essas diferenças. A MTC tem por base a observação direta dos fenómenos e é sustentada pelos princípios filosóficos do Yin e Yang. O organismo é visto como um sistema energético e funcional, a saúde apresenta-se como um estado de constante equilíbrio e a doença é vista como um desequilíbrio energético entre o corpo e o ambiente que o rodeia (Beinfeld & Korongold, 1995; Li, 2011). Neste domínio, foi possível verificar que também neste caso não se detetaram diferenças substanciais nos discursos obtidos em Portugal e em Singapura:

“(...) sei que funciona com certeza, que é mais antiga que a outra e que durante muitos anos as pessoas foram tratadas com ela. Fundamenta-se na condução de energias e meridianos (...)”. (E8 P)

“(...) a medicina tradicional chinesa procura a cura através do equilíbrio entre o yin e yang (...). Usam formas tradicionais para tentar curar o corpo (...)” . (E13 S)

Finalmente foram também identificados nos discursos elementos referentes aos métodos utilizados no tratamento. Em relação a esta problemática os atores são unânimes em afirmar que o uso de produtos naturais não manipulados constitui a principal forma de tratamento usada na MTC. De facto, em teoria, os princípios centram-se no uso de plantas, partes de animais e minerais e na forma como os seus resultados são determinados. Segundo os praticantes da MTC, as propriedades das plantas são determinadas através da observação da sua interação no corpo humano (Chan, Tan, Xin, Sudarsanam & Johnson 2010; Dong & Zhang, 2001; Tan, 2012). No caso do nosso estudo podemos verificar que a forma de tratamento está identificada com o mesmo significado nos atores entrevistados em Portugal e Singapura:

“(...) eu penso que deve ser uma medicina que utiliza produtos naturais e extrai esses produtos da natureza (...)” . (E3 P)

“(...) usam muitas plantas, são livres de químicos” . (E13 S)

Os atores entrevistados referem, ainda, alguma apreensão em relação à utilização de produtos falsificados. A contrafação dos produtos usados parece vir ao encontro da tese de que a falsificação dos produtos constitui um dos maiores obstáculos à compra e utilização da MTC. Este fenómeno já foi observado em estudos empíricos (Tan & Freathy, 2011).

“(...) medicina tradicional chinesa tem uma base empírica e pode ser um problema, pois alguns dos praticantes são inconscientes e utilizam muitas plantas vindas da China que não são testadas (...)” . (E24 S)

Como conclusão da análise que desenvolvemos neste tema, podemos afirmar que à semelhança da medicina convencional existem elementos estruturantes no discurso dos atores acerca da MTC. Assim, a análise dos dados obtidos nesta categoria torna possível extrair das entrevistas os elementos que, de acordo com a perceção dos entrevistados, definem a imagem da MTC.

A associação da MTC à falta de cientificidade é um fator primordial na perceção deste modelo, sobretudo no discurso dos atores em Portugal. Em Singapura está mais presente a apreensão pela falta de cientificidade de alguns dos produtos usados.

Em substituição da cientificidade, a tradição e a prática parecem constituir os elementos que na percepção dos entrevistados legitimam a existência deste modelo. A tradição surge em Singapura como um fator relevante no conhecimento da MTC, em Portugal, por oposição é reconhecida a antiguidade e origem.

Em relação aos princípios e tratamento usados pela MTC, verificou-se que ambos se apresentam relevantes nos discursos dos atores e que não foi encontrada diferença significativa entre Portugal e Singapura. Na verdade, foi possível verificar que os conceitos de yin e yang, assim como o uso de plantas, são bastante citados como caraterizadores do modelo.

A estes elementos caraterizadores junta-se, ainda, a percepção do carácter holístico do modelo.

Depois de conhecidas as percepções em relação à medicina convencional e à MTC, é importante compreender como são percecionadas as diferenças entre elas.

1.1.3. Modelos entre oposições e complementaridades

A introdução desta temática teve como propósito clarificar os conceitos e ao mesmo tempo verificar se iria ser introduzido algum elemento que não tivesse sido referenciado anteriormente. Assim, procurámos com a análise deste tema circunscrever o conjunto de diferenças percecionadas pelos atores entrevistados de forma a discutir o modo complementar ou divergente como os dois modelos são interpretados pelos atores entrevistados.

Na análise das temáticas anteriores tivemos oportunidade de identificar um conjunto de elementos que, na perspectiva dos atores, são fundamentais na identificação dos dois tipos de modelos de medicina.

Como tivemos oportunidade de sublinhar, a medicina convencional é uma ciência baseada em práticas legalmente sustentadas e comprovadas. Na análise dos nossos discursos podemos inferir, tanto na realidade de Portugal como na de Singapura, que este elemento está presente nas percepções e discursos dos intervenientes que o colocam em oposição à falta de cientificidade da MTC:

“As diferenças, eu acho que basicamente são as que enumerei na pergunta anterior... Mas eu acho que a grande diferença está no conhecimento, uma é

testada e tem bases científicas a outra baseia-se no conhecimento empírico”. (E7 P)

“Eu acho que a medicina convencional tem provas científicas de como funciona, enquanto a medicina não tem provas científicas, mas tem resultados que foram passando de geração em geração”. (E25 S)

Também as distintas filosofias que presidem à existência dos dois modelos se mantêm como um pilar importante na estruturação das percepções dos dois modelos. Os conceitos de medicina convencional e tradicional chinesa são distintos para os atores entrevistados, em grande medida porque partem de princípios filosóficos diferentes. No discurso de dois atores foram usadas as suas experiências pessoais para explicar estas diferenças:

“Talvez a tal questão dos químicos e se calhar na medicina tradicional chinesa talvez com uma componente mais do dentro para fora, não digo do psicológico, mais a ver com a própria pessoa e com o funcionamento da pessoa como um todo, do que na medicina convencional. Eu penso que a medicina convencional olha mais para o problema e para o sintoma, a medicina tradicional chinesa, eventualmente olha mais para a pessoa. Eu já fiz fitoterapia e posso dizer que o tratamento não é igual para todos, eu posso ter febre e tu teres febre mas eu tomo uma coisa e tu tomas outra, enquanto na medicina convencional tomámos as duas ben-u-ron”. (E10 P)

“(…) eu tenho dores de cabeça frequentes, de acordo com a medicina ocidental a forma mais rápida de tratar este problema é tomar um Panadol para suprimir a dor de cabeça. O praticante de medicina tradicional chinesa neste caso específico procura a causa da dor de cabeça, que pode ser devida a uma insuficiente circulação sanguínea relacionada com uma insuficiência hepática. A solução encontrada pelo praticante de medicina tradicional chinesa foi prescrever medicação chinesa (plantas) para fortalecer o meu fígado. Este exemplo ajuda a compreender a diferença é que a medicina tradicional chinesa vê o corpo como um todo e tenta identificar a razão que causa o problema enquanto a medicina convencional apenas se preocupa com a parte. O tratamento é mais demorado, mas resulta (…)”. (E20 S)

As afirmações destes últimos entrevistados permitem-nos extrair dois importantes elementos distintos.

O primeiro centra-se no tipo de tratamento oferecido pela medicina convencional e pela MTC. Isto é, os entrevistados apontam como característica principal da primeira o possuir como base os químicos e ser dirigida para as massas. Em oposição, reconhecem

que o tratamento oferecido pela MTC tem na sua origem produtos naturais e é concebido para aquele indivíduo naquela situação específica. De facto, estas percepções confirmam as noções previamente identificadas na análise da literatura e, também, na interpretação dos dados nas temáticas anteriores: de que a MTC não trata apenas a doença, mas o indivíduo na globalidade, enquanto a medicina convencional baseia a sua ação na sintomatologia do indivíduo. A esta forma de pensamento está subjacente o tratamento aplicado na medicina convencional. Neste caso, a medicação é administrada tendo como base o seu princípio ativo; na MTC, por contrário, as infusões são baseadas no diagnóstico que por sua vez tem como pressuposto o todo (Beinfeld & Korngold, 1995).

O segundo elemento está relacionado com a duração do tratamento e resultados. O surgimento deste elemento é particularmente relevante no contexto de Singapura. Este facto poderá ser ilustrado pela tradição no uso da MTC nesta sociedade. A este respeito os entrevistados são unânimes ao afirmar que o tratamento proposto e efetuado na MTC é mais longo, mas procura a origem dos problemas; já o tratamento proposto pela medicina ocidental procura o alívio rápido dos sintomas, não se preocupando com a origem do problema:

“(...) a medicina tradicional chinesa cura mais lentamente, mas preocupa-se com a raiz do problema; na ocidental vêm-se os resultados mais rápidos, mas o que acontece muitas vezes é que o problema se mantém e não foi resolvido”. (E21 S)

“A minha opinião é que a medicina convencional produz resultados mais rapidamente, mas os médicos não se preocupam muito com as razões que podem estar a provocar as nossas queixas”. (E22 S)

A este respeito, podemos concluir que a medicação usada na MTC é percebida pelos entrevistados como sendo orientada para a prevenção. O tipo de prevenção, segundo os princípios da MTC ocorre a dois níveis: o primeiro diz respeito à prevenção da doença e o segundo à prevenção de futuros episódios, caso a doença já se encontre instalada, o que condiciona a duração dos tratamentos (Dong & Zhang, 2001).

Em suma, a análise deste tema permite-nos confirmar que os atores possuem uma percepção dual e divergente dos dois modelos de medicina. Neste domínio, a atribuição da cientificidade emerge como um fator diferenciador, tal como o são, também, os modos de tratamento e os princípios filosóficos que subjazem aos dois tipos de medicina. Em particular no caso dos entrevistados em Singapura foi possível inferir que o modo como o

tratamento é dirigido e os resultados fazem parte dos fatores que permitem diferenciar a medicina convencional da MTC.

1.2. Domínios de divergência

1.2.1. Credibilidade

Na análise do desenvolvimento teórico referente à medicina alternativa e complementar tivemos a oportunidade de verificar que este tipo de medicina são cada vez mais utilizadas nos países desenvolvidos e que Portugal, apesar de se desconhecerem estudos relativos à sua utilização, tem vindo a assistir a uma tentativa de legitimação de algumas destas terapêuticas (Almeida, 2010; Carvalho, Lopes & Gouveia, 2012). Em contrapartida, Singapura apresenta-se como um país onde este tipo de práticas é também frequente. Destas práticas destaca-se a MTC que, desde o ano 2000, se encontra devidamente regulamentada. A introdução deste tema surge inserida neste contexto. No âmbito deste trabalho é importante tentar compreender se a perceção da credibilidade da medicina convencional e da MTC é influenciada pela legislação e regulação existentes no país.

Através da análise das entrevistas realizadas aos cidadãos portugueses foi possível concluir que 10 dos entrevistados afirmam ser a medicina convencional mais credível e apenas 2 referem que ambas apresentam o mesmo nível de credibilidade. Quando questionados para justificar essa mesma credibilidade, verificámos que grande parte dos atores entrevistados justifica essa credibilidade à luz da cientificidade da medicina convencional. No entanto podemos verificar que o conhecimento e tradição deste tipo de medicina influencia a perceção de alguns dos entrevistados:

“Aquela que até à data conheço melhor...mas não nego completamente a medicina tradicional chinesa, a minha credibilidade passa por aquilo que eu conheço, quando eu começar a conhecer um bocadinho, talvez a minha credibilidade seja conforme”. (E2 P)

“(...) porque sou europeia e tem a ver com a nossa educação, aquilo que somos criados e influência as nossas escolhas”. (E7 P)

Apesar da ênfase na cientificidade, conhecimento e tradição foi também referida a complementaridade como justificação para a credibilidade da medicina convencional:

“(...) se eu tivesse que optar pelas duas, eu vejo a medicina tradicional chinesa como um complemento. Eu ainda não consigo.... Se tivessem de colocar a tradicional chinesa e a convencional para optar, eu optaria sempre pela convencional. A medicina tradicional chinesa pode ser uma mais-valia, mas sempre como complemento... Ainda só consigo vê-la assim”. (E5 P)

De facto, está explícito neste excerto que a MTC ainda é sentida como uma medicina alternativa e complementar. Uma das razões que pode estar na origem desta perceção está relacionada com o crescimento exponencial das MAC enquanto alternativa ao modelo biomédico. De facto tem-se verificado nos países ocidentais a utilização da acupuntura como alternativa ao controlo da dor, o qual, segundo os princípios da medicina convencional, é muitas vezes baseado em fármacos e com uma taxa de insucesso considerável (Almeida, 2010).

Ao analisar os discursos dos atores na justificação da credibilidade, verificámos que, os atores que afirmam que ambos os tipos de medicina são credíveis, tendem a justificá-la com a sua complementaridade:

“Eu acho que as duas são credíveis por se complementarem, cada uma partindo de princípios diferentes mas complementam-se”. (E4 P)

“(...) alternativa não, complementar, acho que essa é a palavra correta, porque acho que a medicina é só uma e temos que ver o individuo como um todo e temos que seguir o caminho que mais se apropria ao caso, nenhuma é panaceia para tudo” (E9 P)

Este último segmento ilustra bem a importância da complementaridade e a legitimação da medicina integrativa como forma do cuidar. Otani & Barros (2011) referem-se à medicina integrativa como um modelo de medicina que viabilize a introdução de novas práticas, colaboração e respeito entre os diferentes tipos de medicina.

Na análise das entrevistas aos cidadãos de Singapura verificámos que a tendência é para classificar a medicina convencional como o método mais credível, a credibilidade simultânea dos dois tipos de medicina aparece com algum significado. Com alguma surpresa, foi possível constatar que apenas um dos atores descreve a MTC como mais credível e dois dos atores têm dúvidas referentes à sua classificação. À semelhança do que

aconteceu nos entrevistados em Portugal, podemos concluir que mais uma vez a cientificidade da medicina convencional foi o argumento principal na justificação da credibilidade. No entanto, surgem também nos discursos de alguns elementos argumentos que nos permitem inferir que a cientificidade da MTC é um fator preponderante para a sua afirmação:

“Eu penso que para a maioria das situações a medicina ocidental é mais credível, mas eu também acredito que também há benefícios em usar a medicina tradicional chinesa. Pelo que sei, existem muitos estudos sobre o uso da medicina tradicional chinesa nos Estados Unidos e grandes universidades como Harvard a lecionar a medicina tradicional chinesa como uma ciência. É uma diferente filosofia mas também é ciência”. (E19 S)

Para este entrevistado, para além da importância de reconhecer a cientificidade da MTC, está também implícito no seu discurso que, dependendo da doença a tratar, poderá ser vantajoso escolher qual o tipo de medicina que queremos usar. Este foi também o argumento usado para justificar a credibilidade simultânea dos dois tipos de medicina:

“A mais credível para mim? As duas...depende da doença: eu acho que para tratar um problema muscular ou ósseo vou procurar sempre a medicina tradicional chinesa, pois, para além de procurar a origem do problema, acho que o consegue tratar mais rapidamente. Quando se tratar de uma doença grave dos órgãos internos, acho que vou procurar a medicina ocidental (...)”. (E23 S)

A questão da doença que se pretende tratar é o motivo usado pelos entrevistados para explicar a dúvida na credibilidade dos dois tipos de medicina:

“ Talvez as duas, apesar de na sociedade toda a gente recorrer ao médico em vez de recorrer ao praticante de medicina tradicional chinesa... Mas, no final, se não é uma doença grave toda a gente recupera”. (E17 S)

Na análise do discurso dos atores observámos que, pela primeira vez, a eficiência, segurança e efeitos secundários nos tratamentos utilizados na medicina são referidos neste estudo e, neste caso em concreto, para justificar a credibilidade da MTC. De facto podemos verificar que:

“No passado as pessoas falavam muito dos aspetos negativos da medicina convencional, agora, apercebo-me de que a medicina ocidental também tem muitos aspetos negativos, por exemplo, tu podes ficar imune a determinados tipos

de medicamentos se os tomares várias veze, e, como precisas, tens que tomar uma dose mais elevada (...) Para além disso, muitas vezes os medicamentos que tu tomas fazem bem a uma parte mas mal a outra, por exemplo: melhora o fígado mas provoca dores de estômago (...) o praticante olha para a globalidade na medicina tradicional chinesa e os tratamentos são não invasivos (...)”. (E14 S)

Estes mesmos aspetos foram encontrados por See, Teo, Kwan, Lim, Lee, Tang e Verkooyen, em 2011, no seu estudo sobre o uso da MTC em pacientes do foro dermatológico em Singapura.

Procurou-se com este tema perceber qual é a perceção da credibilidade dos cidadãos entrevistados em Portugal e Singapura relativamente aos dois tipos de medicina. Constatou-se que nos dois países a medicina convencional é percecionada como sendo a mais credível, estando essa credibilidade, como tem vindo a ser demonstrado, associada à cientificidade. Em relação à MTC podemos constatar que a sua credibilidade só foi mencionada em Singapura e que se encontra associada aos efeitos colaterais e à ineficácia da medicina convencional. Outro argumento a favor da MTC refere-se ao facto de esta ser reconhecida como ciência e, por esse motivo, ser lecionada em universidades de grande prestígio. Nas duas realidades o argumento usado para explicar a credibilidade de ambas as medicinas está relacionado com a própria doença. Em Singapura, este argumento serviu para explicar a dúvida dos entrevistados quando inqueridos sobre o tipo de medicina que na sua perspetiva seria a mais credível

1.2.2. Qualidade / Eficácia

A criação deste tema neste trabalho tem como objetivo comparar a perceção dos entrevistados relativamente à qualidade e eficácia da medicina convencional e tradicional chinesa no contexto português e singapurense. A importância deste tema tem suscitado algum interesse nos utilizadores das MAC (Chua & Furnham, 2008; Lim e os seus colegas, 2005; Tan & Freathy, 2011). Neste sentido, a sua análise surge como um elemento fundamental na compreensão da perceção dos entrevistados em relação aos dois tipos de medicina.

A este propósito e após a análise dos resultados obtidos, podemos extrair duas conclusões principais. A primeira diz respeito à prevalência de resposta. Podemos concluir

que nos dois contextos a medicina convencional é assumida como sendo a que apresenta mais qualidade e eficácia e com grande discrepância em relação à MTC. A segunda conclusão refere-se à sua simultaneidade. Neste caso específico podemos concluir que uma minoria dos atores referiu que ambas apresentam qualidade e eficácia.

Temos vindo a salientar ao longo deste trabalho a importância da cientificidade na perceção da medicina convencional. Verificámos que este fator foi referenciado maioritariamente nas entrevistas realizadas no contexto português. No mesmo contexto foi possível inferir que a tradição e resultados se apresentam bem ilustrados na perceção da sua eficácia e qualidade:

“ Até à data aquela que me parece mais eficaz é aquela que eu conheço, uso e domino. Agora efetivamente existe um conjunto de relatos e às vezes grandes reportagens na televisão e nós vemos resultados francamente positivos na medicina tradicional chinesa, portanto, algum grau de efetividade e competência ela deve ter. Para mim, até à data, como eu nunca recorri à medicina tradicional chinesa, é a dita normal na sociedade ocidental”. (E2 P)

No discurso deste entrevistado está acentuada a tradição da medicina convencional e a influência desta na procura de cuidados de saúde, mas também está subjacente o interesse pelos resultados e divulgação da MTC na cultura ocidental.

A demora em obter resultados positivos pode também constituir um entrave à perceção positiva da qualidade e eficácia da medicina tradicional. A informação que, de seguida, se apresenta ilustra bem esta conclusão:

“Mais qualidade... a medicina convencional, pois tem resultados mais rápidos. Por exemplo, no caso da acupuntura para obter o mesmo resultado temos que fazer várias sessões. Lembro-me do caso de uma amiga minha que está sempre constipada e disseram-lhe que a acupuntura era boa para melhorar a imunidade. Ela teve que fazer várias sessões até conseguir ver alguns resultados. Na medicina convencional os resultados são imediatos...”. (E12 P)

A abordagem holística em oposição ao reducionismo presente no modelo biomédico volta a ser referido pelos atores em Portugal para justificar a eficiência e qualidade diferencial das duas medicinas. Neste caso em concreto e em relação ao holismo parece estar subjacente no discurso a importância deste não só na visão do homem, mas também na integração dos dois tipos de medicina. De facto tem-se verificado um aumento de médicos praticantes de medicina alternativa e complementar. Segundo Almeida (2010),

estes mantêm-se reducionistas na sua abordagem à doença e tendem a evidenciar as bases biológicas e fisiológicas da doença. No entanto, apesar da proliferação destas ideias, continua a existir muita resistência por parte da comunidade médica em relação à aceitação das MAC pelos seus pacientes:

“(...) porque devemos ver o homem como um todo e escolher o melhor caminho de acordo com o problema, eu não vejo mal em conjugar os dois tipos de tratamento, mas com alguns médicos é impossível e esconder não é a melhor opção”. (E10 P)

Os discursos dos entrevistados em Portugal mostram também que os efeitos secundários associados à medicina convencional servem como elemento para justificar a qualidade e eficácia da MTC:

“(...) na medicina convencional, os tratamentos podem correr mal e se correrem mal podem ter repercussões mais graves do que na chinesa, não querendo por em causa a qualidade da medicina convencional. Tem essa vertente, por exemplo, os tratamentos de quimioterapia no cancro, nós sabemos que às vezes aquilo corre muito mal e as pessoas acabam por morrer. Na medicina tradicional chinesa acho que nunca poderão ter esse tipo de efeitos”. (E4 P)

Ao longo das entrevistas realizadas em Singapura foi possível perceber que a qualidade e a eficácia da medicina convencional são reconhecidas em grande medida devido à sua forte regulação:

“A medicina convencional tem um sistema mais completo de tratamento em termos de equipamento, infraestruturas e instalações. Os médicos e o pessoal de apoio têm formação específica e exercem de acordo com normas específicas”. (E 20 S)

“(...) a razão principal prende-se com a regulação da indústria. A medicina convencional é mais regulada que a medicina tradicional chinesa, especialmente os praticantes da medicina tradicional chinesa. Alguns são mesmo irresponsáveis”. (E22 S)

A partir destes testemunhos percebe-se que a avaliação da regulação ocorre tanto ao nível da medicina convencional como da MTC. No primeiro caso, a regulação é considerada adequada para a medicina convencional, sendo, no segundo caso, considerada insuficiente. Para os entrevistados a formação académica, o local apropriado para a prática e a tecnologia são descritos como fatores determinantes na avaliação da qualidade e da

eficácia. Por outro lado, a falta de regulação da MTC constitui uma preocupação em relação à sua qualidade e eficácia. Esta preocupação está, aliás na base da criação, em 2000, do “Traditional Chinese Practitioners Board” pelo governo de Singapura.

A doença também é referida pelos atores como um aspeto interferente na perceção da qualidade e eficácia da medicina convencional. Neste caso em particular, os atores mencionaram diversas vezes que, em caso de doença grave, a MTC não oferece tratamento adequado. Este fator está obviamente associado às desvantagens da MTC e constitui um aspeto negativo na perceção da sua qualidade e eficácia:

“(...) mesmo os praticantes da medicina tradicional chinesa, até mesmo as pessoas que acreditam lhe diriam, caso tivesse um problema grave como insuficiência renal, para não recorrer à medicina tradicional chinesa, pois morreria. Eles mesmo a aconselhariam a procurar um médico (...)”. (E16 S)

No entanto, verificámos que a doença é também usada como aspeto determinante para a justificação da qualidade e eficácia de ambos os tipos de medicina. Neste caso podemos verificar que, quando se trata de doenças graves, denominadas frequentemente de problemas internos, os singapurenses tendem a procurar a medicina convencional e em caso de doença menos grave tendem a procurar a MTC. Esta mesma tendência foi confirmada por Tan e Freathy no seu estudo de 2011.

“(...) depende da área a tratar. Para mim pessoalmente a medicina tradicional chinesa é melhor para problemas musculares e dores, mas se é algo interno, a medicina convencional é melhor”. (E15 S)

“(...) a medicina tradicional chinesa tem muito bons resultados em casos de infertilidade e problemas musculares, mas há áreas a que pode não dar uma resposta adequada a tempo, como no cancro (...)”. (E25 S)

Por último, os cidadãos de Singapura foram unânimes em afirmar que a qualidade e a eficácia da MTC estão relacionadas com a sua perspetiva curativa e preventiva. Na opinião dos atores entrevistados, para o êxito do tratamento é fundamental para além da cura a prevenção da reincidência de novos episódios de doença. A identificação deste tipo de estratégias assenta nos princípios da MTC que se vê legitimada não só pelos seus poderes curativos mas sobretudo pelos seus poderes preventivos:

“Eu acho que, em geral, a medicina tradicional chinesa tende a ser mais eficaz. Trata de tudo. A convencional não tem em conta o que está a originar os problemas e não previne o aparecimento do mesmo problema”. (E17 S)

Em termos gerais podemos concluir que em relação a este tema a análise dos resultados obtidos torna possível corroborar algumas das conclusões formuladas nas temáticas anteriores. Assim, a análise dos dados conduzem-nos a sustentar sem reservas que, em ambos os contextos, a medicina convencional é percecionada pela grande maioria como o tipo de medicina com mais qualidade e eficácia. Em relação aos fatores que estão na base dessa perceção, eles diferem em função do contexto nacional. No contexto português é dada ênfase à cientificidade, à tradição e aos resultados observados. Já em Singapura são usados como argumentos a forte regulação da medicina convencional, sobretudo quando comparada com a falta de regulação da MTC. Constata-se, ainda, que o tipo de doença surge para os entrevistados em Singapura como um aspeto preponderante na explicação das diferenças de eficácia da medicina convencional e da MTC. Em Portugal podemos verificar que o holismo, numa vertente integrativa, surge para explicar a eficácia e a qualidade em ambos os tipos de medicina. Quanto à MTC, podemos inferir da análise das entrevistas realizadas em Portugal que os entrevistados consideram a ausência de efeitos secundários como um dos elementos que justificam a sua qualidade, sobretudo quando comparada com a medicina convencional. Em Singapura foi, ainda, realçada a importância da prevenção como um elemento estruturante da eficácia da MTC.

1.2.3. Risco

A MTC, como temos vindo a referir, tem-se afirmado como prática a nível mundial. Esta prática pode ser desenvolvida integrada em cooperação ou mesmo como alternativa à designada medicina convencional.

Sendo o risco um elemento inerente às práticas neste domínio e constituindo, por isso, um elemento determinante na tomada de decisão, a análise da sua presença nos discursos dos atores surgiu como inevitável na compreensão das perceções sobre medicina convencional e MTC.

Em relação a este tema, e no conjunto das entrevistas realizadas, foi possível detetar o surgimento de respostas opostas nos dois contextos. Com efeito, verificámos que, em

relação ao contexto português, a MTC aparece associada a um maior risco, enquanto a medicina convencional se apresenta como uma medicina de menor risco. Em Singapura, pelo contrário, os entrevistados percebem a medicina convencional como tendo maiores riscos do que a MTC.

Um dos argumentos frequentemente utilizado pelos entrevistados neste estudo para justificar as suas decisões e opções relaciona-se com a associação que estabelecem entre os dois tipos de medicina e a cientificidade. No caso dos portugueses, a falta de cientificidade é o argumento utilizado para justificar o risco associada à MTC:

“(...) falando agora em riscos, se calhar o não haver estudos e certezas e coisas objetivas, a medicina tradicional chinesa poderá ainda comportar alguns riscos (...) eu sou muito objetiva e baseio-me muito nas coisas que têm provas dadas. Eu acho que com mais riscos seria a medicina tradicional chinesa porque ainda não tem provas dadas”. (E5 P)

“Mais riscos... a medicina tradicional chinesa porque ainda não está estudada e comprovada cientificamente e algumas das substâncias que são administradas, nomeadamente, os produtos naturais podem ter alguns efeitos que ainda não são conhecidos”. (E11 P)

Apesar da ênfase dada à cientificidade, foi também referido que alguns dos produtos naturais podem ter efeitos desconhecidos. Este argumento está em oposição ao que afirma Xu, Bauer, Hendry, Fan, Zhao, Duez, Simmonds, Witt, Lu, Robinson, Guo e Hylands (2013). Estes argumentam que, em contraste com a medicação usada na medicina convencional os produtos naturais usados pela MTC são na generalidade reconhecidos como inócuos, apesar de se poder verificar alguma toxicidade no uso destes produtos a médio e longo prazo. Ainda no contexto desta temática é importante perceber que os efeitos adversos em contraposição com a inocuidade dos produtos usados pela MTC constituíram o argumento usado para justificar o risco associado à medicina convencional. As posições assumidas por os entrevistados ilustram bem esta problemática:

“(...) elevando ao plano do cancro e do tratamento (radioterapia e quimioterapia), eu penso que na medicina convencional se não se morre da doença morre-se da cura, na medicina tradicional chinesa como usam produtos naturais, se calhar fazem tratamentos nessas áreas e se calhar faz menos mal”. (E3 P)

“(...) olhando por exemplo para o caso do cancro se eu tivesse que optar optava pela medicina convencional mas embora já tenha visto casos... ou uma ou outra...

a nossa mentalidade leva-nos a escolher a convencional embora com a percepção que a convencional tem muito em termos de efeitos secundários nocivos... eu penso que a convencional a percepção que eu tenho, tem muitos mais efeitos secundários negativos que a medicina tradicional chinesa por ex: podemos dizer que até pode não curar, não fazer bem mas também não vai fazer mal, enquanto a convencional cura e faz bem, mas também pode não curar e fazer muito mal...isto para um leigo como eu". (E10 P)

Quanto ao discurso dos entrevistados em Singapura verificámos que o recurso à cientificidade se mantém para justificar as diferenças no risco. Neste caso em concreto como referimos antes, o risco surge mais associado à MTC. A par da falta de cientificidade sobressai no discurso dos atores a falta de regulação da MTC. No excerto de discurso apresentado em seguida é possível identificar diferentes fatores que na perspetiva do entrevistado, conduzem inevitavelmente ao risco. Estas fatores coincidem com alguns dos princípios subjacentes à formação de entidades reguladoras da prática da MTC em Singapura:

"(...) porque é menos fiscalizada, os praticantes da medicina tradicional chinesa, normalmente não estudam, enquanto os médicos estudam nas faculdades e praticam a medicina em locais especializados e para além disso têm responsabilidades perante o público". (E15 S)

A percepção de que ambas as medicinas apresentam o mesmo nível de risco, é manifestada pelos cidadãos em Singapura. Esta semelhança no risco decorre por um lado do tipo de doença e, por outro, do próprio profissionalismo do médico, quer seja praticante de MTC ou de medicina convencional:

"Eu acho que qualquer uma delas tem risco dependendo do que tiver a ser tratado. É óbvio que o risco é diferente se estamos a tratar um problema muscular ou se vamos fazer uma grande cirurgia. No final a opção é nossa e nós somos responsáveis pela escolha". (E16 S)

"O risco está altamente relacionado com o profissionalismo do médico. Não importa se é praticante de medicina tradicional chinesa ou medicina ocidental". (E20 S)

Na análise destes dois segmentos está implícito que mais importante que associar a medicina, seja ela convencional ou tradicional chinesa, ao risco, é a opção consciente do cidadão na escolha da solução mais adequada para o seu tratamento. A percepção da

possibilidade de usar o próprio conhecimento parece estar relacionada com o controlo do risco. De entre os argumentos utilizados para justificar o risco da medicina convencional destacam-se os efeitos secundários dos tratamentos oferecidos:

“(...) nunca se sabe como é que o corpo reage a determinados medicamentos (...) existe sempre risco em tudo, quando te propõem a realização de uma cirurgia dizem sempre que tem riscos”. (E13 S)

“(...) ainda não ouvi nenhuma história de alguém que tivesse morrido ou ficado paralisado devido ao uso de medicina tradicional chinesa. Na medicina tradicional chinesa não há risco, enquanto na medicina ocidental dizem sempre que há risco”. (E 14 S)

Como conclusão, podemos afirmar que os resultados da análise de conteúdo deste tema vai ao encontro ao esperado e que o risco se encontra associado à tradição e uso dos dois tipos de medicina nas diferentes sociedades. De facto, verificámos que em Portugal a MTC está associada a um maior risco, o que poderá estar relacionado com os baixos índices de utilização da MTC e, portanto, com o desconhecimento de alguns dos seus princípios e resultados. Em Singapura, país onde as duas práticas são comuns, verificámos que a medicina convencional é percebida como tendo maior risco. Esta associação não constitui surpresa num país onde a medicina convencional se afirma como o sistema dominante (Lim e os seus colegas, 2005, Tan & Freathy, 2011).

2. PERCEÇÕES DA ESCOLHA DO TRATAMENTO

Após a análise das perceções dos atores entrevistados em relação aos dois tipos de medicina, importa, agora analisar os fatores ou elementos que estão na base da decisão em termos de tratamento, em caso de doença, nos dois contextos nacionais.

Com vista a captar estes fatores ou elementos decidimos incluir como critério no nosso estudo a vivência de um episódio de doença nos últimos cinco anos. Da análise das entrevistas surgiu a necessidade de identificar uma categoria: razões da escolha e prospetiva – subdividida em quatro temas: razões da escolha do modelo convencional; razões da escolha do modelo de MTC; razões da escolha dos dois modelos; e previsões de escolhas futuras. Em relação a esta problemática foi possível verificar que as respostas às perguntas efetuadas foram, na generalidade dos entrevistados, mais curtas e sintéticas.

Observou-se também que em ambos os contextos foi identificada uma grande variedade de doenças. Tal poderá dever-se à falta de delimitação no critério de doença definido para o estudo (ver anexo 4).

2.1. Razões da escolha e prospetiva

2.1.1. Razões da escolha do Modelo Convencional

A partir do discurso dos atores em torno da sua resposta em relação ao tipo de tratamento escolhido foi possível identificar diferentes respostas nos dois contextos nacionais. Com efeito, verificámos que em relação à realidade portuguesa, nove dos entrevistados procurou a medicina convencional e três optaram por frequentar ambas as medicinas. Em Singapura, constatámos que a medicina convencional foi procurada por nove dos entrevistados, apenas um frequentou exclusivamente a MTC e três optaram pela frequência simultânea.

No caso dos atores entrevistados em Portugal parece ser possível extrair a conclusão de que a tradição e as falhas na MTC estão na origem da escolha da medicina convencional. As posições manifestadas pelos entrevistados associam-se claramente ao reconhecimento que lhe é conferido na sociedade em detrimento da MTC, cujas estratégias de legitimação são, no ocidente, há muito reivindicadas (Almeida, 2010). É recorrente, entre as nossas entrevistas, a afirmação de que a medicina convencional é mais eficaz e que a MTC apenas funciona como complemento:

“Neste caso se tivesse de recorrer às alternativas só se fosse para tratar a dor, mas primeiro quis saber o que é que tinha e acho que o médico ortopedista seria a pessoa ideal para resolver o problema em questão”. (E5 P)

“Um tumor das células gigantes não se trata com medicina tradicional chinesa, nem com outras alternativas. É aí que eu digo que não é panaceia para tudo, mas já pensei em recorrer à medicina tradicional chinesa para ver se não sou tão reincidente”. (E9 P)

Outra posição definida pelos entrevistados é a de associar a procura de cuidados médicos à tradição, neste caso específico. A assunção de que doença é sinónimo de procura de um médico está bem patente nos discursos que se seguem:

“Porque, normalmente, recorro ao meu médico de família quando tenho algum problema”. (E3 P)

“Porque é onde recorro normalmente quando tenho um problema do foro ginecológico”. (E7 P)

Quanto aos entrevistados em Singapura emerge a percepção de que os resultados e a urgência da situação assumem particular relevância na procura da medicina convencional. Vale a pena explicar que, em relação aos resultados, as respostas dos entrevistados em Singapura foram diretas e rápidas o que pode pressupor que não existem dúvidas quando se pretende um tipo de tratamento mais rápido:

“Porque os resultados são visíveis mais rapidamente”. (E18 S)

“Porque é rápida a produzir resultados”. (E24 S)

Alguns dos atores entrevistados, por outro lado, assumem que a urgência no tratamento os levou a optar pela medicina convencional. A identificação deste fator permite observar que, em Singapura, os entrevistados têm dificuldade em assumir que existem falhas na MTC, atribuindo essas falhas à urgência no tratamento e não à hipotética falta de resposta da MTC em situações urgentes. Na verdade, ao longo das entrevistas foi possível verificar que a MTC tem como princípios a cura e a promoção de cuidados preventivos o que torna os seus tratamentos mais longos:

“Foi uma situação muito séria que precisava de ser tratada rapidamente. Na medicina tradicional chinesa para me tratar necessitava de um período de tempo mais longo. Foi a maneira mais rápida e segura de tratar. Por exemplo: na minha situação o diagnóstico foi instantâneo e em duas semanas estava curada”. (E13 S)

“Porque tinha dores muito fortes na barriga e tive de recorrer ao hospital. Claro que a medicina tradicional chinesa deveria ter uma solução para mim, mas eu não estava disposto a esperar e a continuar com dores”. (E25 S)

Depois de perceber quais as razões em que se basearam os atores entrevistados na escolha do tratamento importa agora tentar perceber o porquê de não terem optado por outro tipo de tratamento. No próximo ponto da nossa análise de conteúdo tentámos dar conta do conjunto de argumentos assumidos pelos atores entrevistados na opção pela

medicina convencional em detrimento da MTC. Esta análise tem como base 18 entrevistas, 9 realizadas em Portugal e 9 em Singapura.

No que concerne à escolha da medicina convencional é possível verificar nas realidades estudadas que o tipo doença e a falta de informação em relação ao tratamento oferecido constituem um argumento contra a utilização da MTC.

“Não me passou pela cabeça que pudesse haver alguma solução para o meu problema nesse tipo de medicina”. (E2 P)

“Eu não sei o que a medicina tradicional chinesa poderia fazer por um problema deste tipo”. (E15 S)

Em relação a estes discursos e tendo como base para a análise o facto de os atores não terem vivenciado uma situação urgente e séria, nota-se alguma falta de interesse na pesquisa de alternativas ao tratamento. Este último discurso, têm implícita a conclusão encontrada por Chua e Furnham (2008) de que os singapurenses tendem a ser menos positivos na utilização das medicinas alternativas e complementares que os cidadãos do Reino Unido. Contudo, em oposição a este argumento, verificámos que em Portugal, outros atores referem o conhecimento da doença e tratamento como argumentos a favor da utilização da medicina convencional. Nos discursos que se seguem está explícito que a resposta mais adequada ao seu tratamento seria a utilização deste tipo de terapia:

“(...) porque era um problema que achava que ficava rapidamente resolvido em pouco tempo pela medicina convencional”. (E1 P)

“Porque sabia que a única forma de resolver o problema era ser operada”. (E12 P)

Em Singapura foi possível concluir que a duração do tratamento se apresenta como um fator decisivo na escolha da medicina convencional em prejuízo da medicina tradicional chinesa. Neste sentido alguns dos entrevistados exprimiram posições críticas em relação à duração do tratamento, como aliás já se tinha salientado anteriormente:

“Porque os tratamentos são muito longos e eu não estou disposto a esperar pelos resultados”. (E21 S)

“Não pensei porque as dores eram tão fortes, que eu queria uma solução rápida”.
(E25 S)

Mas, tal não significa necessariamente que esta crítica se traduza na ineficácia da MTC. No discurso apresentado é reconhecido o mesmo problema. No entanto, o entrevistado salienta a eficácia da MTC, apesar da maior morosidade:

“A medicina tradicional chinesa leva muito tempo a tratar. Às vezes 2 ou 3 meses, outras vezes 6, antes de se ver melhorias. Os resultados aparecem, mas demoram tempo”. (E13 S)

Por último, ao longo do processo de análise de conteúdo foi possível extrair das entrevistas realizadas nos dois contextos que grande parte dos atores justifica o facto de não ter optado pela MTC com a possibilidade da frequência da mesma. Neste caso específico, constatámos que a possibilidade de frequência só é equacionada no caso de reincidência da doença em questão:

“Já pensei em recorrer à medicina tradicional chinesa para ver se não sou tão recorrente”. (E9 P)

“Sim, poderei vir a tomar algumas ervas como forma de suplemento, mas só se este tipo de situação se tornar muito frequente”. (E18 S)

Feita a análise das razões que levaram os atores a recorrer à medicina convencional, pensámos que seria importante analisar o único depoimento do entrevistado que recorreu em exclusividade à MTC e tentar analisar as razões de não ter optado pela medicina convencional.

2.1.2. Razões da escolha do Modelo de Medicina Tradicional Chinesa

Neste ponto da nossa análise tentámos dar conta das percepções e tomada de posição assumida pelo entrevistado. Importa referir que este tema surgiu com muito pouca expressão, o que, de alguma forma, vai de encontro a outros estudos realizados em Singapura (Tan & Freathy, 2011). De facto, os autores demonstraram, com base num estudo empírico realizado em Singapura, que a maioria dos intervenientes do estudo, independentemente da doença, têm tendência a procurar a medicina convencional. Nesse mesmo estudo verificaram que em caso de doença ligeira, como febre, tosse ou gripe,

tendem a auto medicar-se ou então a recorrer à MTC através da compra de produtos adequados ao tratamento da doença em questão:

“Sim, normalmente para este tipo de doenças simples e que à partida não tem grandes complicações procuro a medicina tradicional chinesa, tomo uns chás que a minha mãe me aconselha e só se a situação não se resolver é que penso em procurar um médico”. (E20 S)

A afirmação deste entrevistado permite-nos ainda concluir que a medicina convencional, neste caso específico, é encarada como uma alternativa à falha da MTC. Permite ainda corroborar a hipótese de que a tradição continua a ter uma forte influência nas escolhas dos cidadãos de Singapura, em caso de doença.

Vimos, nas análises anteriores, quais as razões dos entrevistados na escolha da medicina convencional, medicina tradicional chinesa e tentámos perceber o porquê de não ter sido equacionado outro tipo de tratamento. No ponto que se segue, analisaremos o discurso dos entrevistados que optaram pela frequência dos dois modelos e as terapias por eles frequentadas.

2.1.3. Razões da escolha dos dois modelos

No discurso dos entrevistados, a frequência dos dois tipos de medicina assume posições divergentes nos dois contextos. Ao longo das entrevistas, em Portugal, foi possível detetar que os atores optaram pelos dois tipos de tratamento tendo por base o princípio da complementaridade e também a utilização de menos produtos químicos:

“Além da medicina convencional recorri à medicina tradicional chinesa porque tinha um amigo que já tinha recorrido e porque tinha tido bons resultados e porque pensava que era o tipo de doença ideal para poder ajudar com medicina tradicional chinesa. Acabava por não fazer tantos produtos químicos, uma das desvantagens da medicina convencional, por isso recorri às agulhas”. (E8 P)

“Por achar que se complementam e por achar que a medicina tradicional chinesa pode levar a que se reduza de certa forma os químicos (...) se puder tratar com menos químicos e com menos agressividade é melhor... Também pode ser uma ideia feita... mas tento mais ou menos conjugar”. (E10 P)

Em Singapura, de acordo com os nossos entrevistados, o recurso à MTC fez-se não como complemento, mas sim devido a falhas na medicina convencional. Na realidade,

verificámos que ao contrário de Portugal não existiu frequência simultânea, mas sim uma procura após o insucesso do tratamento oferecido pela medicina convencional. Esse insucesso é justificado com a ineficácia do tratamento aplicado e com a existência de efeitos secundários:

“O problema nos ombros é um problema que facilmente é tratado por médicos e essa foi a minha primeira opção. Fiz então fisioterapia e tomei vários comprimidos. Como não resultou, a solução e por sugestão de uma amiga foi recorrer à medicina tradicional chinesa”. (E14 S)

“(...) recorri ao médico e eles impregnaram-me de comprimidos. Senti-me tão mal posteriormente, que a minha sogra decidiu levar-me a um praticante de medicina tradicional chinesa (...)”. (E16 S)

Apesar das diferentes posições nos dois países, é possível afirmar que, em ambas as realidades, o uso de produtos químicos na medicina convencional constitui um fator preponderante na escolha da MTC como complemento ou forma principal de tratamento.

Depois de perceber a razão da frequência simultânea, consideramos pertinente perceber se existe diferença no tipo de terapias frequentadas nos contextos estudados. Em Portugal verificámos que, dos três entrevistados, dois recorreram à acupuntura e um à fitoterapia; em Singapura podemos concluir que os dados são opostos aos encontrados na realidade portuguesa. De facto, verificámos que dois dos atores utilizaram a fitoterapia e um referiu ter utilizado a acupuntura e massagem.

Em relação às terapias frequentadas podemos afirmar que a comparação com outros estudos se torna difícil devido à discrepância de resultados. Uma hipótese plausível para justificar a diferença encontrada pode estar relacionada com os diferentes contextos em que os participantes se inserem e com as doenças de que padeciam.

2.1.4. Previsões de escolhas futuras

Depois de analisadas as percepções dos atores referentes à medicina convencional e à MTC e aos fatores ou elementos na base da opção pelo tratamento em caso de doença, importa perceber a sua influência na opção de tratamento numa situação futura. A análise do conjunto de excertos inseridos nesta última temática suscita-nos algumas reflexões

sobre as percepções dos entrevistados a propósito da relação que estabelecem entre a doença e a procura da medicina convencional e/ou tradicional chinesa.

Em Singapura, constatámos que a escolha se baseia no tipo de doença e que, à semelhança de Portugal, a maioria dos atores entrevistados opta pela medicina convencional. Apesar do predomínio deste modelo de medicina, alguns dos entrevistados referem a opção pela MTC. A possibilidade da opção pela frequência simultânea surge em minoria e apenas no contexto português. Em Singapura verificamos que esta possibilidade não se coloca. Após a análise geral, vejamos agora alguns pormenores que nos parecem importantes na discussão deste tema.

Em Portugal, no conjunto de entrevistas analisadas foi possível associar a procura da MTC a uma doença específica. Em relação à medicina convencional constatámos que os atores do estudo não definem uma doença justificando a procura deste tipo de cuidados com a tradição:

“Sim à medicina tradicional chinesa para resolver um problema de sono. Já recorri à medicina convencional, mas até à data não tenho solução. Sei que há uma possibilidade de tratamento nesse tipo de medicina. Penso que será uma opção que não está colocada de parte, de todo. Em termos de medicina convencional, se me aparecesse um problema de saúde grave ou menos grave direcionava-me lá numa primeira instância, mas não colocava de parte pesquisar e ver outras alternativas”. (E2 P)

“Sim, tendo qualquer problema teria sempre como primeira abordagem ir ao médico convencional, mas estando sempre aberta à medicina tradicional chinesa porque acho que se complementam. Se tivesse um problema oncológico acho que iria tentar. Eu sei que agora há imensas coisas que se fazem, se calhar com um bocadinho de medo...”. (E5 P)

Esta última declaração espelha a importância das medicinas alternativas na procura de solução para o alívio dos sintomas, redução de efeitos secundários e cura do cancro. Ao longo dos discursos analisados está bem presente a ideia de que este tipo de medicina pode apresentar soluções para este problema. Este foi também o resultado obtido por Elias e Alves (2002), em que a maioria dos doentes oncológicos utilizadores de terapias não convencionais não abandona a medicina convencional, utilizando-as de forma a complementar o tratamento convencional. Neste tipo de comportamento está presente a

conceção de que as medicinas alternativas complementam, mas não constituem solução para o problema. Como referiu o seguinte entrevistado:

“Com certeza, olhe por exemplo no caso do cancro. Se eu tivesse um cancro não hesitaria, não para curar porque não cura e quem disser que cura está a mentir. Depois dá uma imagem negativa. Ajuda mas não resolve. Quem diz que resolve mente. Era bom, que já não havia e não se gastava tanto dinheiro em investigação. Uma medicina complementa a outra, mas conheço os limites”. (E 9 P)

Os dados obtidos com as entrevistas em Singapura permitem-nos retirar algumas conclusões. A primeira está relacionada com a importância atribuída à MTC na cura de problemas do foro músculo-esquelético. A segunda mostra que os cidadãos de Singapura privilegiam a medicina convencional no tratamento de doenças graves. A última assenta na constatação de que os atores entrevistados não colocam a hipótese de recorrer à MTC no caso de problemas nos órgãos internos:

“Depende da doença. Se não for nada sério, como problemas musculares, escolho a medicina tradicional chinesa, se pelo contrário for algo crítico como um problema dos órgãos internos, vou procurar com toda a certeza a medicina convencional”. (E 13 S)

“(…) se for um problema de um órgão interno, como o fígado, escolho a medicina ocidental, se for um problema muscular escolho a medicina tradicional chinesa”. (E14 S)

“No caso de problemas graves com infeção dos órgãos internos vou procurar a medicina ocidental”. (E21 S)

Ou seja, se considerarmos um problema oncológico, um problema interno e crítico podemos concluir que, nestes casos específicos, os cidadãos entrevistados não recorrem à MTC e não ponderam usá-la como complemento, como foi concluído para a realidade portuguesa. Este facto tem implícita a conclusão evidenciada por Chua e Furnham (2008) de que os cidadãos singapurenses, ao contrário dos cidadãos do Reino Unido, mostram-se menos recetivos a experimentar e usar as várias formas de MAC. A este respeito e extrapolando a conclusão para o nosso estudo podemos afirmar que seria de esperar a procura deste tipo de medicina como complemento em situações em que, aparentemente, a medicina convencional não dá resposta. No entanto, nas nossas entrevistas verificamos que

a hipótese de recorrer à MTC só é colocada no caso de problemas músculo-esqueléticos e no caso de falha na medicina convencional:

“A medicina ocidental será sempre a minha primeira opção, a medicina tradicional chinesa será uma alternativa. Se a ocidental não for capaz de resolver o meu problema vou recorrer à medicina tradicional chinesa para saber se existe qualquer coisa que eu possa fazer”. (E15 S)

“A minha opção tende sempre para a medicina ocidental. Se por acaso o médico não me der uma boa resposta para o problema, vou recorrer à medicina tradicional chinesa”. (E23 S)

A procura simultânea dos dois tipos de medicina foi evidenciada apenas nas entrevistas realizadas em Portugal. Neste caso concreto podemos afirmar que os entrevistados não têm dúvidas que numa situação de doença irão recorrer aos dois tipos de medicina.

“Se aparecer algum problema recorro às duas porque acho que elas se complementam” (E4 P)

“Uma coisa que eu acho que nunca farei é abdicar da medicina convencional para a medicina tradicional chinesa. Agora, tentar conciliar as duas ou usar uma a seguir à outra não tenho nenhum problema em fazer para qualquer tipo de doença já fiz acupuntura mais que uma vez, já fiz shiatsu mais que uma vez (...) Uma das coisas de que eu não gosto muito na medicina tradicional chinesa é a parte da fitoterapia que poderá ser mais arriscada que a outra porque são medicamentos e chazinhos que não estão testados e esses, sim, podem ser um problema” (E8 P)

A análise dos resultados obtidos com este tema deu-nos a possibilidade de compreender melhor a forma como as perceções identificadas anteriormente dos atores entrevistados influenciam as futuras decisões. Em relação a este tema podemos extrair duas importantes conclusões. A primeira está relacionada com o facto de em ambas as realidades existir uma maior tendência na procura da medicina convencional. A segunda baseia-se na hipotética doença e nas opções tomadas em relação a essa doença. Em relação a este aspeto podemos concluir que nos contextos estudados, quando se trata de doenças graves, os atores entrevistados assumem posições divergentes. Assim, foi possível constatar que os atores entrevistados em Singapura só colocam a hipótese de frequência da MTC no caso de falha da medicina convencional. Em contrapartida, em Portugal, em caso de doença grave, a MTC é equacionada como complemento e forma de tratamento.

CAPÍTULO 4: CONCLUSÃO DO ESTUDO

Nos últimos anos tem sido observado uma atenção crescente quanto ao uso das MAC em países industrializados. As MAC traduzem-se num conjunto de práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento que não se consideram, atualmente, parte da medicina convencional. Apesar da supremacia da medicina convencional tem vindo a testemunhar-se, ao longo dos tempos, um interesse público renovado por este tipo de práticas. De entre as práticas complementares mais utilizadas, a MTC afirma-se como uma disciplina de relevo e em constante crescimento. No entanto, tem-se verificado que apesar das duas medicinas serem praticadas simultaneamente, tanto no ocidente como no oriente, a MTC defronta-se com limitações no que respeita à sua cientificidade e, conseqüentemente, à falta de critérios objetivos para a medição das suas mais-valias e resultados. Por outro lado, importa salientar que a MTC assenta numa paradigma diferente, o que tem implicações na procura da sua legitimidade e crescente profissionalização (Almeida, 2008).

Uma das estratégias utilizadas na tentativa de legitimação tem sido a procura de regulamentação oficial. Em Portugal, à semelhança de outros países da Europa, existe um aumento da procura deste tipo de terapêuticas. Este aumento levou à tentativa de regulamentação oficial destas práticas, que culminou com a aprovação da Lei n.º 71/2013. Em oposição a Portugal, a MTC tem uma tradição muito forte em Singapura, tanto ao nível da prática, como ao nível da regulamentação e legislação.

Esta realidade, associada ao facto de o investigador, na altura da realização do estudo se encontrar a residir em Singapura, despertou e motivou a realização deste projeto. Quisemos com este estudo identificar as razões que estão na base da escolha do tratamento por parte dos pacientes, em situação de doença, em Portugal e em Singapura. Com este intuito, começámos por contextualizar e caracterizar as reformas do sistema de saúde nos contextos estudados para melhor compreender as diferenças na assistência à saúde tanto na medicina convencional como na MTC.

Para a concretização do objetivo anteriormente anunciado foram formuladas as seguintes questões de investigação:

- Quais as perceções dos cidadãos de Portugal e de Singapura sobre a medicina convencional e a medicina tradicional chinesa?

- Quais os fatores que estão na base da escolha de diferentes tipos de tratamentos nos pacientes em Portugal e em Singapura?

Os resultados da análise empírica empreendida revelam que em relação à medicina convencional, apesar das diferenças culturais entre os dois países, a percepção dominante se estrutura em torno da sua legitimidade científica e da regulação estatal. Assim, no que concerne à cientificidade da medicina convencional foi possível concluir que não foram encontradas diferenças substanciais nos dois países. Ao contrário da cientificidade, a regulação estatal assume-se como elemento caracterizador da medicina convencional na sociedade portuguesa. Outro elemento que podemos destacar do discurso dos atores, em relação ao qual não foram encontradas diferenças significativas entre os dois países, refere-se à individualidade do modelo de medicina convencional.

Ao nível das percepções da MTC verifica-se, à semelhança da medicina convencional, a existência de elementos estruturantes. Assim, podemos constatar que nas duas realidades existe uma tendência para associar a MTC ao holismo e aos seus princípios filosóficos. A falta de cientificidade constitui motivo de preocupação nos entrevistados em Portugal. Em Singapura, a apreensão situa-se mais ao nível da falta de cientificidade de alguns dos produtos utilizados. Nos discursos em Portugal assiste-se à associação da MTC à sua origem e antiguidade, em Singapura verificámos a importância da tradição e prática na legitimação deste modelo.

Outro elemento estruturante dos discursos nas nossas entrevistas refere-se à importância conferida ao tipo de tratamento oferecido pelos dois tipos de medicina. No caso da medicina convencional, os atores referem o tratamento oferecido como estando centrado nos produtos químicos e sendo dirigido para as massas. Em contrapartida, o tratamento oferecido pela MTC baseia-se em produtos naturais e é concebido para cada indivíduo e para cada situação específica. Ainda em relação ao tratamento podemos constatar que em Singapura ele é considerado mais longo do que ocorre na medicina convencional, em virtude da sua duração e da forma como é identificado, tendo em conta a origem do problema e a sua prevenção.

Ao nível dos domínios de divergência entre as duas medecinas foram analisados no decorrer do nosso estudo como estando concentradas ao nível da credibilidade, qualidade/eficácia e risco. Em relação à credibilidade e qualidade/eficácia é possível afirmar, para

ambos os contextos, que a medicina convencional se afirma como sendo o método mais credível e com maior qualidade e eficácia. Quanto aos elementos estruturantes nos discursos foi possível corroborar algumas das conclusões formuladas anteriormente, nomeadamente em relação à cientificidade e forte regulação da medicina convencional. Por último, em relação ao risco, foi possível detetar que, nos dois contextos, surgem respostas opostas. De facto, verificámos que em Singapura a medicina convencional aparece associada a um maior risco, em contrapartida, em Portugal, este está mais associado à MTC.

As informações extraídas das entrevistas relativamente às perceções referentes à escolha do tratamento e à sua influência nas escolhas futuras, permitiram a identificação de alguns elementos importantes na compreensão da relação entre os dois tipos de medicina. Na procura da medicina convencional foi possível concluir para o contexto português que a tradição e as falhas da MTC se apresentam como elementos dominantes na escolha do tipo de tratamento. Por outro lado, foi possível verificar que o tipo de doença e a falta de informação relativamente ao tratamento oferecido pela MTC constituem argumentos principais contra a sua utilização. Nos discursos em Singapura constituem-se, como argumentos a favor da utilização da medicina convencional, a emergência da situação e a procura de resultados mais rápidos. Este é, também, o argumento utilizado pelos cidadãos entrevistados na justificação da não opção pela MTC.

Outra posição definida pelos entrevistados diz respeito à frequência simultânea dos dois tipos de tratamentos. Em relação a esta realidade foi possível constatar que os entrevistados em Portugal se referem à complementaridade na sua justificação, enquanto, em Singapura, a frequência dos dois tipos de medicina não é assumida como simultânea, mas sim como resultado de falhas da medicina convencional.

Por último, a análise das perceções e a sua influência nas escolhas futuras revelam dois aspetos que nos parecem importantes de salientar. O primeiro relaciona-se com a existência de uma maior tendência na procura da medicina convencional, não tendo sido encontradas diferenças nas realidades estudadas. Quando se trata de uma doença grave, a situação assume diferentes contornos. Em Portugal verificámos que a MTC é considerada como uma hipotética forma de tratamento e como complemento. Em oposição, em Singapura, os cidadãos entrevistados só colocam a hipótese de recorrer em caso de falha da medicina convencional.

Importa, ainda, considerar que este estudo, tal como todas as investigações científicas, apresenta algumas limitações. Desde logo, a investigadora está profissionalmente envolvida, o que pode conduzir à atribuição de valores e ideias pessoais na análise. Acrescem a estas questões pessoais, outras, mais associadas às fragilidades metodológicas. Neste domínio cabe destacar o facto de não se poder realizar uma extrapolação dos resultados, uma vez que a amostra se classifica como uma amostra de conveniência.

A realização deste tipo de estudos é pertinente particularmente no contexto português dada a aprovação da lei que regulamenta o acesso às profissões no âmbito das terapêuticas não convencionais e seu exercício. Em relação a este facto é importante questionar se a nova lei será suficiente para alterar as perceções existentes em relação às terapêuticas não convencionais na sociedade portuguesa e ao modo como estas operam no sistema nacional.

Esperámos, desta forma, ter conseguido clarificar as perceções que estão na base da eleição do tratamento e, de certa forma, ter contribuído para esclarecer os fatores que poderão interferir na escolha do tratamento numa situação futura de doença.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, J. (2008). *O debate político e o conflito inter-profissional em redor da regulamentação das medicinas alternativas e complementares em Portugal*. VI Congresso Português de Sociologia-Mundos sociais: saberes e práticas. Lisboa.

Almeida, J. (2010). *Medicinas alternativas e complementares e estratégias de legitimação no sistema de saúde convencional: o caso da acupunctura e da homeopatia em Portugal*. III colóquio Internacional-Grupos profissionais, profissionalismo e sociedade do conhecimento: Tendências, Problemas e Perspectivas. Aveiro.

Almeida, J. (2012). The differential incorporation of CAM into the medical establishment: The case of acupuncture and homeopathy in Portugal. *Health Sociology Review*, 21(1), 5-22.

Antunes, J. (2003). A profissão de médico. *Análise Social*, XXXVIII, 77-99.

Baganha, M., Ribeiro, J. & Pires, S. (2002). *O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Obtido a 1 de Março, 2012, em, <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/index.php?id=2652> .

Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barr, M. (2005). Singapore. In R. Gauld (Ed.). *Comparative Health Policy in the Asia Pacific. State of Health* (pp. 146-173). England: Mc Graw Hill.

Bates, D. (2002). Why not call modern medicine “Alternative” ?. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 583, 12-28.

Beinfeld, H. & Korngold, E. (1995). Chinese Traditional Medicine: an introductory overview. *Alternative Therapies*, 1(1), 44-52.

Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.

- Cant, S. & Sharma, U. (1999). *A new medical pluralism? Alternative medicine, doctors, patients and the state*. London: Routledge.
- Carapinheiro, G. (1986). A saúde no contexto da sociologia. *Sociologia, Problemas e Práticas, 1*, 9-22.
- Carapinheiro, G. & Page, P. (2001). As determinantes globais do sistema de saúde português. In P. Hespanha G. Carapinheiro (EDs.), *Risco social e incerteza. Pode o estado social recuar mais?* (pp. 81-114). Porto: Edições Afrontamento.
- Cardoso, A. (1999). *História, Ciência, Saúde- Manguinhos, 6*(3), 551-575.
- Carpenter, R. & Streubert, H. (2002). *Investigação qualitativa em Enfermagem: avançado imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, C. (2004). Do poder das palavras às palavras do poder. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 6*, 55-62.
- Carvalho, C., Lopes, S. & Gouveia, M. (2012). Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health, 1*(1), 81-94.
- Carvalho, G., Gonçalves, A., Rodrigues, V. & Albuquerque, C. (2008). *O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco*. Obtido a 15 de Março, 2012, em, <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7640/1/BM%2520%2526%2520HP%2520comp-risco.pdf>.
- Carvalho, M. (2006). *A nova gestão pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas. Universidade de Aveiro. Tese de doutoramento.
- Ceolin, T., Heck, R., Pereira, D., Martins, A., Coimbra, V. & Silveira, D. (2009). *A inserção das terapias complementares no sistema único de saúde visando o cuidado*

integral na assistência. Obtido a 10 de Setembro, 2013, em, revistas.um.es/eglobal/article/download/66311/66521.

Chan, E., Tan, M., Xin, J., Sudarsanam, S. & Johnson. D. (2010). Interactions between traditional Chinese medicines and Western. *Current Opinion in Drug Discovery & Development*, 13(1), 50-65.

Chey, O. (2009). Credibility in Medicine. *SMA News*, 17-19.

Chia, N. & Tsui, A. (2005). Medical savings accounts in Singapore: how much is adequate?, *Journal of Health Economics*, 24, 855-875.

Chua, S. & Furnham, A. (2008). Attitudes and beliefs towards complementary and alternative medicine (CAM): A cross-cultural approach comparing Singapore and United Kingdom. *Complementary Therapies in Medicine*, 16, 247-253.

Coulter, I. & Willis, E. (2004). The rise of complementary and alternative medicine: a sociological perspective. *MJA*, 180, 587-589.

Department of statistics Singapore (2013) obtido a 25 de Setembro, 2013, em, http://www.singstat.gov.sg/statistics/visualising_data/chart/Educational_Attainment.html.

Diogo, C. (2004). *The reform of the NHS in Portugal*. York: Department of Management studies. University of York.

Dong, H. & Zhang, X. (2001). An overview of traditional Chinese medicine. In R. R. Chaudhury & U. M. Rafei (eds), *Traditional Medicine in Asia – World Health Organization* (pp. 17-29). New Dheli: Regional office for South- East Asia.

Eisenberg, D., Kessler, R., Foster, C., Norlock, F., Calkins, D. & Delbanco, T. (1993). Unconventional Medicine in the United States. *New England Journal of Medicine*, 328, 4, 246-253.

Eisenberg, D., Davis, R., Ettner, S., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. & Kessler, R. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. *JAMA*, 280(18), 1569-1575.

Elias, M. & Alves, E. (2002). Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(4), 523-532.

Ernest, E. (2000a). The role of complementary and alternative medicine. *BMJ*, 321, 1133-1135.

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

Ernest, E. & White, A. (2001). *Acupunctura: uma avaliação científica*. São Paulo: Manole.

ERS. (2011). *Relatório de Actividades 2010*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.

Fisher, P. & Ward, A. (1994). Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 309, 107-111.

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Foucault, M. (1994). *The order of things: an archaeology of the human sciencs*. New York: Vintage Books.

Frederico, M. (2000). *Princípios de Economia da Saúde*. Coimbra: Formasau. Edições Sinais Vitais.

Guerra, F. (1999). *História de la Medicina*. Madrid: Norma.

Health Sciences Authority, 2008 obtido a 15 de Março, 2012, em,
http://www.hsa.gov.sg/docs/HSA_SFDAMOU_WelcomeAddress_CEOHSA.pdf.

INSA (2009) obtido a 20 de Agosto, 2013, em,
http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf.

Joos, S., Musselmann, B. & Szecsenyi, J. (2011). Integration of Complementary and Alternative Medicine into family Practices in Germany: Results of a National Survey *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine, 2011*, 1-8.

Kessler, R., Davis, R., Foster D., Rompay, M., Walters, E., Wilkey, S., Kaptchuk, T. & Eisenberg, T. (2001) Long term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Annals of Internal Medicine, 135*(4), 262-268.

Koithan, M. (2009). Introducing Complementary and Alternative Therapies. *J Nurse Pract, 5*(1), 18-20.

Li, T. (2011). Philosophic Perspective: A Comparative Study of Traditional Chinese Medicine and Western Medicine. *Asian Social Science, 7*(2), 198-201.

Lim, M. (1998). Health care systems in transition II. Singapore, Part I. An overview of health care systems in Singapore. *Journal of Public Health Medicine, 20*(1), 16-22.

Lim, M. (2004). Quest for quality care and patient safety: the case of Singapore. *Quality and Safety in Health Care, 13*, 71-75.

Lim, M. (2005). Transforming Singapore health care: public-private partnership. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore, 34*(7), 461-467.

Lim, M. (2009). Health care reforms in Singapore. In K. Okama & L. Crivelli (Eds). *Six Countries, six reform models: The health care reform experience of Israel, The Netherlands, New Zealand, Singapore, Switzerland and Taiwan* (pp. 111-136). Singapore: World Scientific.

Lim, M., Sadarangani, P., Chan, H. & Heng J. (2005). Complementary and alternative medicine use in multiracial Singapore. *Complementary Therapies in Medicine, 13*, 16-24.

Luz, M. (2005). Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 15, 145-176.

Margotta, R. (1996). *História Ilustrada da Medicina*. Lisboa: Centralivros.

MOH (2013) obtido a 24 de Agosto, 2013, em, http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/Healthcare_Services/Hospitals.html.

National Center for the Complementary and Alternative Medicine (2006). Get the Facts. Obtido a 16 de Maio, 2012, em, <http://nccam.nih.gov/whatiscam/pdf/D347.pdf>.

OMS. (1998). Technical Briefing on Traditional Medicine. Manila: Oficina OMS para o Pacífico ocidental.

OMS. (2002). Estratègia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organizacion Mundial de la Salud.

OMS. (2008). Beijing Declaration. Obtido a 5 de Março, 2012, em, http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf.

OPSS. (2001). Relatório de primavera de 2001. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

OPSS. (2002). Relatório de primavera de 2002. O estado da saúde e a saúde do estado. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

OPSS. (2008). Relatório de primavera 2008. Sistema de saúde Português – Riscos e incertezas . Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.

Otani, M. & Barros, N. (2011). A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1801-1811.

Padilla, F. & Haro, M. (2000). *Estudios descriptivos. Salud pública e educación para la salud*, Barcelona: Masson.

Parahoo, K. (2006). *Nursing Research. Principles process and Issues*. London: Palgrave Macmillan.

Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Pordata, (2012) obtido a 25 de Setembro, 2013, em,
<http://www.pordata.pt/Portugal/SNS+estabelecimentos+de+saude+++Continente-158>.

Pordata (2013) obtido a 25 de Setembro, 2013, em,
[http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+com+15+e+mais+anos+por+nivel+d+e+escolaridade+completo+mais+elevado+\(percentagem\)-884](http://www.pordata.pt/Portugal/Populacao+residente+com+15+e+mais+anos+por+nivel+d+e+escolaridade+completo+mais+elevado+(percentagem)-884).

Qian, F. & Lim, M. (2008). Professional satisfaction among Singapore physicians. *Health Policy*, 85, 363-371.

Queirós, B. & Albuquerque, A. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

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

Saks, M. (2003). *Orthodox and Alternative Medicine: Politics, Professionalization and Health Care*. London, New York: Continuum.

See, A., Teo, B., Kwan, R., Lim, R., Lee, J., Tang, M. & Verkooijen, H. (2011). Use of complementary and alternative medicine among dermatology outpatients in Singapore. *Australasian Journal of Dermatology*, 52, 7-13.

Serra, A. (1996). *Singapura: a história de um sucesso económico*. Obtido a 21 de Março, 2012, em , <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/852>.

Serra, H. (2008). Maus fígados, a construção social da tomada de decisão médica. *Sociologia, problemas e práticas*, 58, p-47-70.

Shen, K., Chu, S., Choo, P. (2005). Regulatory Control of Chinese Proprietary Medicines In Singapore. *Health Science Authority Singapore*, 17(2), 133-149.

Silva, B. (2008a). *Optar pelo uso de Terapias Alternativas e Complementares: representações sociais da medicina alternativa e/ou complementar e da medicina oficial/convencional*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto.

Silva, S. (2008b). *As recentes metamorfoses da saúde na região norte*. Obtido a 3 de Setembro, 2013, em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8268/1/Saúde%20na%20Região%20Norte.pdf>.

Spence, M. & Ribeaux, P. (2004). Complementary and alternative medicine: consumers in search of wellness or an expression of need by the sick?. *Psychology & Marketing*, 21(2), 113-139.

Surdoval, S. & Esten, A. (2007). The experience of Health and Illness in China. *Global Health Issues*. GCP 398-010.

Tan, J. & Freathy P. (2011). Consumer decision making and store patronage behaviour in Traditional Chinese Medicine (TCM) halls in Singapore. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 18, 285-292.

Tan, M. (2012). *A Relationship between Western Medicine and Traditional Chinese Medicine*. Obtido a 26 de Setembro, 2013, em www.eckerd.edu/academics/ford/files/12/MaxineTan.pdf.

Teixeira, E. (2001). *As três metodologias académicas da ciência e da pesquisa*. Belém: Urama.

Thomas, K. & Coleman P. (2004). Use of complementary and alternative medicine in a general population in Great Britain. *J Public Health*, 26(2), 152-157.

Tong, C.(1992). *A guide to medisave*. Singapore Ministry of health.

Uchôa, E. & Vidal J. (1994). Antropologia Médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da Saúde e da Doença. *Cadernos Saúde Pública*, 10(4), 497-504.

WHO. (2000). The world health report 2000 – Health Systems: Improving performance.

Xu, Q., Bauer, R., Hendry, B., Fan, T., Zhao, Z., Duez, P., Simmonds, M., Witt, C., Lu, A., Robinson, N., Guo, D. & Hylands, P. (2013). The quest for modernisation of traditional Chinese medicine. *BMC Complementary & Alternative Medicine*, 13(132).

Yeoh, B., Phua, K. & Fu, K. (2007). From colony to global city: Public health strategies and the control disease in Singapore. In M. J. Lewis & k. L. Macpherson (Eds), *Public Health In Asia and The Pacific* (pp.188-205). USA and Canada: Routledge.

Legislação Consultada

Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro

Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro

Lei n.º 45/2003 de 22 de Agosto

Lei n.º 71/2013 de 2 de Setembro

Decreto-Lei n.º 344-A/83 de 25 de Julho

Decreto-Lei n.º 222/2007 de 29 de Maio

ANEXOS

ANEXO 1- Guião de entrevista

I-Qual a percepção dos cidadãos de Portugal e Singapura sobre a medicina convencional e a medicina tradicional chinesa?

- 1 - Para si o que é a medicina convencional?
- 2 - Conhece a medicina tradicional chinesa? O que significa para si?
- 3 - Quais as principais diferenças entre as duas (convencional e tradicional chinesa)?
- 4 - Qual a mais credível para si? Porquê?
- 5 - Qual a que lhe parece ter maior qualidade e ser mais eficaz?
- 6 - Qual a que tem maiores riscos?

II-Quais os fatores que estão na base da eleição do tratamento, em caso de doença, nos cidadãos de Portugal e Singapura?

- 1 - Teve algum problema de saúde nos últimos 5 anos?
- 2 - Como procurou solucionar o problema?
- 3 - Quais as razões que o levaram a recorrer a esse tipo de tratamento?
- 4 - Se recorreu à medicina convencional: não pensou em recorrer à medicina tradicional chinesa? Porquê?
- 5 - Se recorreu à medicina tradicional chinesa: não pensou em recorrer à medicina convencional? Porquê?
- 6 - Frequentou ao mesmo tempo ambas? Porquê?
- 7 - Que tipo de terapias lhe foi recomendado?
- 8 - No futuro haveria alguma situação que o fizesse recorrer à medicina convencional ou à medicina tradicional chinesa? Qual ou Quais? Porquê?

III-Caraterísticas sociodemográficas:

- Idade
- Sexo
- Nível de Escolaridade
- Profissão

ANEXO 2 - Interview guide

I-What is the perception of citizens of Portugal and Singapore of western medicine and Traditional Chinese Medicine?

- 1 - In your opinion what is western medicine?
- 2 - Do you know about traditional Chinese medicine? What do you think of traditional Chinese medicine?
- 3 - Which are the differences between traditional Chinese medicine and western medicine?
- 4 - Which is the most credible? Why?
- 5 - In your opinion which one seems to be more effective and provide higher quality of treatment?
- 6 - Which one has a greater risk?

II-What are the underlying factors that influence treatment preference in Portuguese and Singaporean citizens?

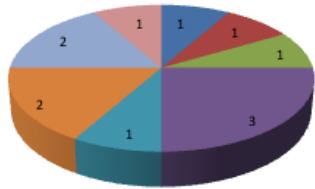
- 1 - Did you have any health problem over the last 5 years?
- 2 - What solution did you find to this problem?
- 3 - Why did you choose this treatment?
- 4 - If you chose western medicine: did you ever think about choosing traditional Chinese medicine?
- 5 - If you chose traditional Chinese medicine: did you ever think about choosing western medicine?
- 6 - Did you attend both at the same time?
- 7 - What kind of therapy have you been recommended?
- 8 - In a future situation (sickness episode) which of the medicines do you choose? The western medicine or the traditional Chinese medicine? Why?

III-Sociodemographic characteristics:

- Age
- Gender
- Education
- Occupation

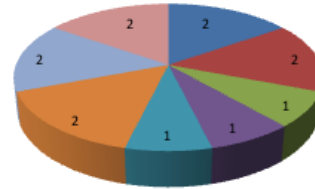
ANEXO 3 - Análise das características sociodemográficas

Idade Portugal



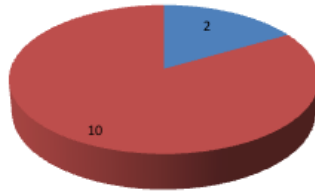
■ 31 ■ 32 ■ 34 ■ 35 ■ 36 ■ 38 ■ 40 ■ 42

Idade Singapura



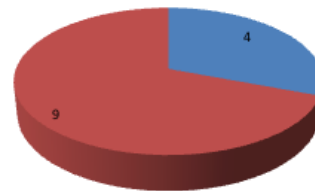
■ 30 ■ 32 ■ 35 ■ 36 ■ 37 ■ 38 ■ 40 ■ 42

Sexo Portugal



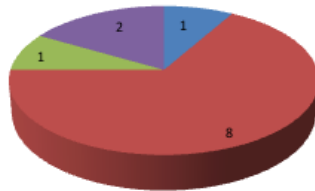
■ M ■ F

Sexo Singapura



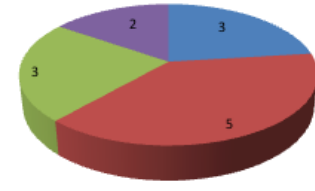
■ M ■ F

Escolaridade Portugal



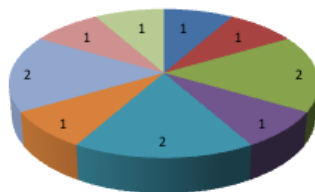
■ 12º Ano ■ Licenciatura
■ Mestrado ■ Pós-Graduação

Escolaridade Singapura



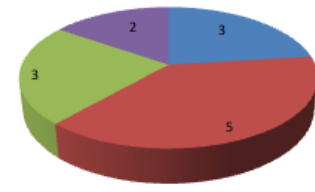
■ Secondary School ■ Bachelor
■ Master Degree ■ Doctoral Degree

Profissão Portugal



■ Emp. Balcão ■ Animadora Sócio Cultural
■ Gestor ■ Notária
■ Médico Veterinária ■ Auxiliar acção Médica
■ Professor Ensino Básico ■ Farmaceutica

Profissão Singapura



■ Secondary School ■ Bachelor
■ Master Degree ■ Doctoral Degree

ANEXO 4 - Tipo de doença

Problema de Saúde Portugal



- Dor de Estomago
- Hérnias na coluna
- Calificação do tendão
- Papiloma no útero
- Nódulos nas cordas vocais
- Infertilidade
- Nódulos na tireoide
- Alteração do ritmo cardíaco

Problema de Saúde Singapura



- Trombose venosa
- Nódulo na mama
- Virus Influenza
- Pneumonia
- Gripe
- Hérnia na coluna
- Apendicite
- Problema no ombro
- Dor no estomago

ANEXO 5 - Entrevista

I

1- Para si o que é a medicina convencional?

Convencional no fundo é a medicina que temos cá nos hospitais, que no fundo funciona, que a medicação é feita à base de químicos, aquilo que conhecemos de ir ao médico é ir á medicina convencional e que a medicação prescrita será em principio em grande parte à base de químicos.

2- Conhece a medicina tradicional chinesa? O que significa para si?

A medicina tradicional chinesa faz parte dos métodos que não são cientificamente provados embora os outros também não tenha acesso á parte do cientificamente provado, em que no fundo acredito neles mas sem ser só uma questão de crença propriamente e que acredito no psicológico, acredito porque na minha família já várias pessoas usaram e funcionou, também porque, já usei e sei que esses métodos funcionam.

3- Quais as principais diferenças entre as duas (convencional e tradicional chinesa)?

Talvez a tal questão dos químicos e se calhar na medicina tradicional chinesa talvez com uma componente mais do dentro para fora, não digo do psicológico, mais a ver com a própria pessoa e do funcionamento da pessoa como um todo, do que na medicina convencional, eu penso que a medicina convencional olha mais para o problema e para o sintoma, a medicina tradicional chinesa, eventualmente olha mais para a pessoa. Eu já fiz fitoterapia e posso dizer que o tratamento não é igual para todos, eu posso ter febre e tu teres febre mas eu tomo uma coisa e tu tomas outra, enquanto que na medicina convencional tomámos as duas ben-u-ron.

4- Qual a mais credível para si? Porquê?

Sem dúvida a convencional, porque é cientificamente provada.

5- Qual a que lhe parece ter maior qualidade e ser mais eficaz?

As duas, porque devemos ver o homem como um todo e escolher o melhor caminho de acordo com o problema, eu não vejo mal em conjugar os dois tipos de tratamento mas com alguns médicos é impossível e esconder não é a melhor opção.

6- Qual a que tem maiores riscos?

Mais risco...olhando por exemplo para o caso do cancro se eu tivesse que optar optava pela medicina convencional mas embora já tenha visto casos... ou uma ou outra... a nossa mentalidade leva-nos a escolher a convencional embora com a percepção que a convencional tem muito em termos de efeitos secundários nocivos... eu penso que a convencional a percepção que eu tenho, tem muitos mais efeitos secundários negativos que a medicina tradicional chinesa por exemplo podemos dizer que até pode não curar, não fazer bem mas também não vai fazer mal, enquanto que a convencional cura e faz bem, mas também pode não curar e fazer muito mal...isto para um leigo como eu.

II

1- Teve algum problema de saúde nos últimos 5 anos?

Sim, problemas intestinais, obstipação crónica.

2- Como procurou solucionar o problema?

Ás duas medicinas mas muito à medicina tradicional chinesa.

3- Quais as razões que o levaram a recorrer a esse tipo de tratamento?

Por achar que se complementam e por achar que a medicina tradicional chinesa pode levar a que reduza de certa forma os químicos, eu sou da opinião que se puder tratar com químicos e com menos agressividade é melhor...também pode ser uma ideia feita...mas tento mais ou menos conjugar.

4- Se recorreu à medicina convencional, não pensou em recorrer à medicina tradicional chinesa?

Não aplicável.

5- Se recorreu à medicina tradicional chinesa: não pensou em recorrer à medicina convencional?

Não aplicável.

6- Frequentou ao mesmo tempo ambas? Porquê?

Se puder tratar com químicos e com menos agressividade é melhor...também pode ser uma ideia feita, tento mais ou menos conjugar.

7- Que tipo de terapias lhe foi recomendado?

Fitoterapia.

8- No futuro haveria alguma situação que o fizesse recorrer à medicina convencional ou à medicina tradicional chinesa?

No caso de um cancro, acredito que tentava pelo menos como complemento a alternativa para reduzir os efeitos secundários dos tratamentos convencionais e aumentar a qualidade de vida. Se me dissessem para optar, ficaria com dilemas se fosse para optar completamente.