

**O PROCESSO DE
INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS
MEDICINAS ALTERNATIVAS E
COMPLEMENTARES
O CASO DA ACUPUNCTURA EM PORTUGAL**

**Luísa Alexandra Ramos Franco Tavares
(Luísa Franco)**

**Tese de Doutoramento em Sociologia, na Especialidade de
Sociologia do Desenvolvimento e da Mudança Social**

NOVEMBRO DE 2010



Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Sociologia, Especialidade de Sociologia do Desenvolvimento e da Mudança Social, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Rui Santos e da Doutora Cristiana Lage Bastos

Apoio financeiro da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, e do Fundo Social Europeu, no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio

(Bolsa de Doutoramento SFRH/BD/24081/2005)

Declaro que esta Dissertação é o resultado da minha investigação pessoal e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

A candidata,

Lúcia Franco.

Lisboa, 5 de Novembro de 2010

Declaro que esta Dissertação se encontra em condições de ser apreciado pelo júri a designar.

O orientador,



Lisboa, 5 de Novembro de 2010

AGRADECIMENTOS

Quando se realiza um trabalho de preparação de Dissertação de Doutoramento são vários anos de vida – neste caso, praticamente cinco anos. Por isso, o meu primeiro agradecimento dirige-se aos familiares e amigos que ao conviverem comigo partilharam este trabalho, tiveram a paciência para ouvir os meus discursos sobre o tema bem como os dilemas com que me fui deparando na investigação e que por vezes se transformavam em pessoais e que me deram apoio de todos os tipos.

Outro tipo de apoio determinante foi a orientação científica. Um agradecimento muito especial ao meu orientador, Professor Doutor Rui Santos, com quem aprofundi conhecimentos e troquei ideias ao longo destes anos. Com ele realizei o Mestrado e agora o Doutoramento, que resultaram em duas experiências enriquecedoras em termos profissionais e pessoais.

Agradeço também à minha co-orientadora, Doutora Cristiana Bastos, a orientação científica na área da Antropologia Médica, mais especificamente no tema da Medicina Tradicional Chinesa, assim como a oportunidade de frequentar os Seminários da disciplina de Mestrado que leccionou no ICS – Instituto de Ciências Sociais em 2006/2007, onde tive a oportunidade de conhecer Elisabeth Hsu, antropóloga que se dedica ao tema da Medicina Tradicional Chinesa, com quem pude aprender e trocar directamente ideias sobre esta temática.

Tenho ainda que agradecer a todos os entrevistados que disponibilizaram parte do seu tempo para contribuir para este trabalho. Um especial agradecimento à pessoa que foi meu informador privilegiado no trabalho de campo, com quem tive várias conversas e que me possibilitou igualmente fazer um tipo de pesquisa mais etnográfico que veio colmatar lacunas devidas a recusas de parte de algumas pessoas em falarem sobre este assunto ou as versões oficiais (ou seja, versões que poderiam ser públicas) sobre o tema da dissertação, com que, por várias vezes, me procuravam iludir.

Por fim, agradeço à sociedade portuguesa, pois beneficiei de um financiamento público, através de uma Bolsa de Doutoramento concedida pela Fundação para a Ciência e Tecnologia. Espero, com esta dissertação, devolver os contributos de que beneficiei, não somente à comunidade científica mas também à sociedade em geral.

RESUMO

O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS MEDICINAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES – O CASO DA ACUPUNCTURA EM PORTUGAL

LUÍSA FRANCO

Os processos de institucionalização das medicinas alternativas e complementares (MAC) fazem parte de processos de mudança sociocultural característicos da modernidade tardia, e são um fenómeno social em que o nível local deve ser compreendido em função do contexto global. No caso português, o processo presente tem um carácter reactivo, iniciando-se em 1999 com uma tentativa de monopolização do mercado da saúde pelos profissionais da biomedicina, face à capacidade que os terapeutas das MAC tinham tido de instituir mercados paralelos de serviços e de formação nas décadas antecedentes, fora do mercado legítimo da biomedicina. A reacção dos médicos, combinada com processos desencadeados por organizações internacionais e com dinâmicas políticas portuguesas, teve o efeito imprevisto de despoletar a produção de normas formais de regulação das MAC para a sua constituição como oferta nos mercados legítimos da saúde, legisladas pelo Estado em 2003 ao cabo de um processo em que se entrecruzam estratégias profissionais e políticas na produção da lei. No entanto, a regulamentação da lei será sucessivamente adiada e, até à data, inconcluída. Este atraso não somente favoreceu a apropriação biomédica da acupunctura, como reforçou divisões preexistentes no seio dos profissionais das MAC e da acupunctura em particular. Recorrendo a um enquadramento teórico e problemático com base no novo institucionalismo em Sociologia Económica, na teoria neo-weberiana das profissões, assim como na noção de configuração de Norbert Elias, procura-se dar conta do sistema de relações sociais e de poder que estão presentes ao longo de todo o processo de mudança social, desde a institucionalização de um mercado paralelo das MAC até ao momento actual, e que explicam o que parece ser o seu resultado fundamental: a apropriação biomédica dos mercados legítimos da acupunctura.

PALAVRAS-CHAVE: Medicinas Alternativas e Complementares (MAC), Acupunctura, Institucionalização, Mercado, Profissões

ABSTRACT

THE PROCESS OF INSTITUTIONALIZATION OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINES – THE PORTUGUESE CASE OF ACUPUNCTURE

LUÍSA FRANCO

The institutionalization of complementary and alternative medicines (CAM) is part of general processes of socio-cultural change which characterize late modernity, and is a social phenomenon at the local level that must be understood in the light of the global context. In the Portuguese case, this process has a reactive nature, starting in 1999 when biomedical practitioners tried to monopolize the market of health, given the capacity that CAM therapists have had to establish parallel markets in services and training along the previous decades, outside the legitimate markets of biomedicine. This reaction of the physicians, combined with processes initiated by international organizations and political dynamics in Portugal, had the unintended effect of triggering the production of formal rules to regulate CAM for its establishment as a legitimate offer on the markets of health. Legislation was produced by the state in 2003, following a process in which professional and political strategies interwove to produce the law. However, the ruling of the law was repeatedly delayed and remains unfinished to date. This delay not only favored the appropriation of acupuncture by biomedical practitioners, but also reinforced existing divisions within practitioners of CAM and particularly within practitioners of acupuncture. Using a theoretical framework based on new institutionalism in Economic Sociology, the neo-weberian theory of professions, as well as Norbert Elias's concept of configuration, we have attempted to expose the social and power relations system that is present throughout this process of social change, from the institutionalization of a parallel market in MAC to the present day, and to explain what appears to be its main outcome: the biomedical appropriation of the legitimate markets in acupuncture.

KEYWORDS: Complementary and Alternative Medicines (CAM), Acupuncture, Institutionalization, Market, Professions

ÍNDICE

Introdução	1
Capítulo 1.....	7
Enquadramento Teórico, Problemática e Metodologia	7
1.1. Enquadramento Teórico e Problemática	7
1.2. Metodologia de Investigação	35
Capítulo 2.....	39
Das Definições Práticas à Definição do Objecto Social	39
2.1. Medicinas Alternativas e Complementares e Biomedicina	39
2.2. Acupunctura, Medicina Chinesa e Medicina Tradicional Chinesa	55
2.2.1. Acupunctura e Sistema Médico Chinês vistos pelo Ocidente	58
2.2.2. A Construção Social da Medicina Tradicional Chinesa e a Biomedicina na China	62
2.2.3. Acupunctura Médica	74
Capítulo 3.....	81
Processos de Institucionalização.....	81
3.1. Dados para a Análise da Institucionalização do Mercado das Medicinas Alternativas e Complementares	81
3.2. Enquadramentos Internacionais das Medicinas Alternativas e Complementares.....	90
3.2.1. O Processo de Institucionalização nos Estados Unidos	90
3.2.2. A Organização Mundial de Saúde e as Medicinas Tradicionais.....	96
3.2.3. As Medicinas Alternativas e Complementares no contexto da União Europeia.....	103
3.2.4. Legislação das Medicinas Alternativas e Complementares nos países da União Europeia	114
Capítulo 4.....	131
O Processo de Institucionalização Português.....	131
4.1. Organizações e Estratégias Profissionais	131
4.1.1. Entre a Exclusão e a Cooptação: a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura.....	131
4.1.2. Terapeutas e Associações Profissionais.....	143

4.1.3. Lutas Profissionais no Sistema Judicial	149
4.2. O Processo Legislativo.....	154
4.2.1. Discussões Preambulares (1995-1999)	156
4.2.2. O Diploma do Acto Médico.....	161
4.2.3. O Veto Presidencial	165
4.2.4. Na sequência do Veto Presidencial.....	167
4.2.5. O Processo Legislativo na Assembleia da República	174
4.2.6. A Regulamentação da Lei	203
Conclusões	237
Fontes e Bibliografia.....	259
Entrevistas	259
Fontes documentais.....	261
Arquivo da Presidência da República	261
Assembleia da República	261
Europa	262
Legislação Portuguesa, Fontes Judiciais e Institucionais	263
Meios de comunicação social.....	264
Medicinas Alternativas e Complementares.....	265
Ordem dos Médicos Portuguesa, SPMA e pós-graduações	266
Fontes documentais citadas	267
Bibliografia citada	268
Outra bibliografia de apoio.....	274
1. Teoria e Metodologia.....	274
2. Saúde e Medicinas.....	275

Índice de Figuras

Figura 1 - Esquema teórico, traduzido e adaptado a partir de Nee e Ingram (1998) e Nee (2005)..	19
Figura 2 - Análise estrutural do discurso médico sobre a acupuntura médica.	77
Figura 3 - Análise estrutural do discurso contido no Relatório do Grupo de Trabalho – Medicinas Não Convencionais, da DGS (1999).	160
Figura 4 - Análise estrutural do discurso do Bastonário da OMP sobre o Acto Médico.	176
Figura 5 - Análise estrutural do discurso do Presidente da APAMTC sobre a APPA	232
Figura 6 - Análise estrutural do discurso de Pedro Choy sobre a MTC.	234
Figura 7 - Esquema da configuração anterior ao decreto do Acto Médico.	246
Figura 8 - Esquema da configuração na sequência do decreto do Acto Médico (1999).	246
Figura 9 - Esquema da configuração durante o processo legislativo (1999-2003).	247
Figura 10 - Esquema da configuração na regulamentação da Lei (2005-2008).	248

Introdução

A presente investigação incide sobre um objecto social com múltiplas definições. Referidas na bibliografia internacional, entre outras designações, como medicinas alternativas ou complementares ou ainda, mais recentemente, como medicinas integradas, as nomenclaturas e as definições acompanham o processo de construção do objecto social. Em Portugal, a designação que veio a ser instituída na lei em 2003 é a de «terapêuticas não convencionais». Discutir-se-á, de modo mais aprofundado, esta questão da definição do objecto social em estudo e a sua delimitação à acupunctura, onde se fundamentará a utilização, na presente dissertação, das designações de «medicina alternativa e complementar» (adiante designadas pelo acrónimo: MAC), bem como a de «biomedicina», esta última para designar a medicina que mais se pratica actualmente e que se encontra institucionalizada nos países ocidentais.

A presente tese insere-se na especialidade de doutoramento em «Sociologia do Desenvolvimento e Mudança Social». O fenómeno social em investigação enquadra-se nesta área por várias razões. Num primeiro aspecto, a difusão das medicinas alternativas e complementares e os processos correlativos de institucionalização nos países mais desenvolvidos da América do Norte e da Europa, com maior força a partir de meados da década de setenta e em aceleração nas duas décadas seguintes, participam em fenómenos de mudança social que têm maior impacto e antecedência nas sociedades mais desenvolvidas.

Estas medicinas não são uma invenção recente, chegando mesmo a ser denominadas como tradicionais, ou como um fenómeno em que modos tradicionais de praticar medicina tendem a reemergir. Primeiro, há que notar que a reinvenção da tradição é um fenómeno que acompanha a própria construção dos Estados modernos, como podemos encontrar exemplos em Hobsbawm e Ranger (1992) e como veremos adiante na análise do modo como a República Popular da China reinventou a medicina chinesa como «medicina tradicional chinesa» no processo de construção do seu Estado moderno, e de como a medicina tradicional chinesa se reinventa entre o repertório científico e a simbólica da tradição até aos nossos dias.

Num outro aspecto, o fenómeno tem sido interpretado como um fenómeno ocidental em parte porque, de facto, a amplitude e força de difusão destas medicinas é um fenómeno ocidental. Mas este é um objecto que cruza, no Ocidente, diferentes programas culturais e pode, assim, ser entendido no sentido de «múltiplas modernidades» que

Eisenstadt (2007) lhe atribui, de existência de uma multiplicidade de programas culturais de modernidade, todos eles dinâmicos, em constante mutação, mas também em interação na era global. Como refere este autor, faz parte do processo de diferenciação da modernidade o surgimento de modernidades alternativas e de contraculturas, ou de orientações culturais “multiculturais” mais pluralistas e de pendor relativista, a par do ressurgimento de orientações religiosas, como pode ser visto o movimento *New Age* (Eisenstadt 2007: 127-131). O autor refere o fenómeno moderno da reinvenção das tradições, afirmando que as novas tradições são paradoxalmente «antitradicionais»,

no sentido em que rejeitam as tradições vivas, com a sua complexidade e heterogeneidade, das respectivas sociedades e religiões, defendendo outrossim uma concepção altamente ideológica e essencialista da tradição enquanto princípio condutor da organização social e cognitiva. (Eisenstadt 2007: 140)

Embora a sua análise se centre nas religiões fundamentalistas o mesmo se aplica ao denominado movimento *New Age*, que surge como movimento crítico mas que implica afinal uma reinterpretação do programa da modernidade. Para usar as palavras de Giddens, «a tradição justificada é uma tradição mascarada e só recebe a sua identidade da reflexividade do moderno» ([1999] 2005: 25), ou seja, num esquema de «reflexividade radicalizada» que incide quer sobre a razão quer sobre as convenções, que tendem a ser revistas à luz da modernidade.

Estas alterações das grandes narrativas da modernidade relacionam-se também com a crítica alargada ao programa do Iluminismo e com a descredibilização da ciência como primado da ordem social e cultural, o que muitos definiram como uma das características da «pós-modernidade» mas que para outros autores, como Eisenstadt (2007), Wagner (1992, 1992, 2001) e Giddens ([1990] 2005) constituem uma radicalização do projecto da modernidade.

A crescente procura das MAC está relacionada com uma perda relativa da hegemonia da ciência médica, mas tal sucede num enquadramento de modernidade tardia, como lhe chamaria Giddens, onde estão presentes os elementos de risco e do projecto reflexivo, o que inclui o desejo de participação individual nos procedimentos e conhecimentos terapêuticos, mas sem por isso perder a dependência relativamente aos sistemas periciais (cf. Cant e Sharma 1999:46-48). Neste aspecto, Cant e Sharma (1999: 81) afirmam que «[a] expansão da medicina alternativa e complementar produziu um mercado médico plural, mas um em que as estruturas organizacionais tomaram um formato específico e onde a biomedicina reteve, pelo menos até ao presente, uma posição de

preeminência hierárquica», traduzindo uma situação da modernidade, ou seja, uma situação de pluralidade de regimes cognitivos e práticos, onde um é dominante mas não exclui os restantes. Em vez de exclusão, o que tende a suceder é reinterpretação, um fenómeno sociocultural da modernidade tardia. O próprio Giddens ([1990] 2005: 87) afirma que as manifestações de preocupação com a saúde, do exercício físico às dietas, por exemplo, «não são descobertas pessoais, mas advêm da recepção pelos leigos do conhecimento pericial»; a busca individual por entre uma pluralidade de sistemas abstractos faz parte do projecto de construção do *self* de modo reflexivo, sendo parte da reflexividade própria da modernidade.

Mas não podemos equacionar a relação entre biomedicina e MAC, sem analisar a relação estabelecida com o Estado. Não somente na vertente das lutas profissionais pela norma formal e legitimidade do Estado, que teremos oportunidade de analisar, mas também na questão do risco, no sentido dado por Ulrich Beck ([1986] 1992), segundo o qual o risco se tornou politicamente reflexivo. Giddens ([1990] 2005) refere o problema do risco na modernidade tardia como uma competência dos sistemas periciais; a falha destes sistemas no controlo dos riscos resulta, portanto, num problema generalizado de legitimidade. É neste contexto que o Estado deve intervir, de modo a estabelecer o regime institucional em que o risco será controlado, restituindo a confiança nos sistemas abstractos e na própria legitimidade do Estado.

No entanto, como refere Peter Wagner (1992), os sistemas abstractos possuem um carácter simultaneamente habilitador, constrangedor e extremamente estratificado, o que implanta um carácter ambivalente no centro do projecto moderno de libertação e de habilitação do indivíduo. Para Wagner (1992, 1994, 2004), o que caracteriza a crise da modernidade é precisamente o questionamento das suas próprias narrativas e instituições sem que tenham emergido outras que as substituam; assim, a incerteza e a ambivalência fazem parte do registo da modernidade avançada que alguns designam de pós-modernidade. Zygmunt Bauman (1990) afirma que é uma característica do Estado moderno a redução da ambivalência: o Estado moderno cria a ordem e a sua representação, bem como a do oposto dicotómico, o caos; o papel do Estado é, em parte, a redução da ambivalência e do «Outro», através da imposição de um dado sistema de classificação e de um projecto de assimilação. É, desta perspectiva o que sucede com as MAC, que após questionarem a narrativa científica nas próprias sociedades da modernidade avançada, em nome da reflexividade e da autonomia dos indivíduos, surgem agora como um objecto-outro submetido, precisamente, à assimilação e à classificação em nome da redução do risco associado à ambivalência normativa em que assentam.

Por fim, enquanto fenómeno social, as MAC devem ser vistas como um fenómeno da globalização, como procuraremos demonstrar, como resultado da intensificação das relações sociais de escala mundial, num processo dialéctico entre o local e o global, num tipo de relações sociais que cortam transversalmente as divisões entre Estados (cf. Giddens [1990] 2005: 44-48).

Na investigação que serviu de base à presente dissertação, como problema de partida para a pesquisa empírica, procurava-se estabelecer se a relação entre «medicinas alternativas e complementares» e «biomedicina» seria uma relação de apropriação pela biomedicina, processo descrito e analisado noutros estudos de caso de países da modernidade avançada. De uma problemática inicialmente focada nos ramos da Sociologia do Conhecimento e da Sociologia da Ciência, em torno de questões de tradução científica, de apropriação epistémica e de poder científico, o desenvolvimento da investigação exploratória, na bibliografia e no terreno, rapidamente conduziu a uma reconceptualização do objecto sociológico enquanto processo de institucionalização de um mercado das MAC, mais especificamente concretizado no caso da acupunctura. O processo de institucionalização foi assim problematizado a partir da Sociologia Económica, apoiando-se teoricamente no novo institucionalismo sociológico e económico e na teoria neo-weberiana das profissões.

A presente dissertação encontra-se organizada em quatro capítulos. No primeiro, desenvolvemos o enquadramento teórico e a problemática de investigação e descrevemos os recursos metodológicos que foram postos em prática na investigação científica. Se nesse primeiro capítulo procedemos a uma definição do objecto de estudo em termos científicos, tornou-se necessário proceder à definição e análise sociológica do que designamos por «objecto social» em estudo, ou seja, as medicinas alternativas e complementares e a biomedicina, a acupunctura e os enquadramentos médicos em que surge, numa análise dos processos historicamente constituídos e nas variantes da acupunctura que encontramos nas sociedades contemporâneas pertinentes para a investigação no âmbito da delimitação teórica e problemática que realizámos.

Nos dois capítulos seguintes procede-se à análise e descrição dos processos de institucionalização das medicinas alternativas e complementares privilegiando, sempre que possível e pertinente, um maior enfoque no caso da acupunctura. Assim, no terceiro capítulo procuramos dar conta dos processos de institucionalização a um nível mais geral que enquadre a análise do caso português nos contextos mais amplos. Numa época de globalização, esta contextualização torna-se necessária para a compreensão do nível de

análise nacional, como nos foi dado comprovar na análise e descrição do caso português. Assim, este capítulo é composto por uma análise da institucionalização do mercado das MAC, onde se avançam dados para a caracterização da institucionalização deste mercado em Portugal e em outros países mais desenvolvidos. Numa outra secção do terceiro capítulo, damos relevância ao caso norte-americano, por ser um caso em que o processo de institucionalização das MAC se caracteriza por uma maior anterioridade e, consequentemente, onde se encontra mais avançado. Outro tipo de contextualização mais global diz respeito aos processos de institucionalização, na acepção adoptada de elaboração social de normas, em termos de normas de carácter formal, em dois principais níveis internacionais: na Organização Mundial de Saúde e no contexto da União Europeia.

No quarto capítulo, analisamos e descrevemos o processo de institucionalização português. Tendo em conta o enquadramento teórico e problemático, começamos pela questão das organizações profissionais, onde se procura avançar as primeiras linhas da luta socioprofissional em torno de normas formais, bem como das questões relacionadas com a aplicação de sanções no sentido da monopolização do mercado das MAC pelos profissionais da biomedicina. Também aí delineamos um primeiro esboço das configurações de agentes sociais, indivíduos e organizações, que constituem o ponto de partida para a prossecução dessa análise no decurso da descrição do caso em estudo ao longo de todo o capítulo. No final deste capítulo, descrevemos o processo legislativo português, com especial enfoque no caso da acupunctura, seguindo um esquema analítico processual ou histórico, procurando dar conta do modo como as lutas socioprofissionais se entretecem com a arena política e o modo como se vão alterando as referidas configurações de actores. Ao longo deste capítulo procuramos fundamentar a hipótese principal da tese que se defende, de acordo com as evidências encontradas durante a investigação: a da apropriação biomédica da acupunctura.

Por fim, apresentamos as conclusões, em que procuramos resumir as evidências avançadas na fundamentação da tese anteriormente desenvolvida, equacionar e discutir essas evidências nos termos do quadro teórico-problemático adoptado, e derivar pistas para investigação futura.

Capítulo 1

Enquadramento Teórico, Problemática e Metodologia

1.1. Enquadramento Teórico e Problemática

O objecto de estudo sociológico da investigação consiste no processo de institucionalização das medicinas alternativas e complementares em Portugal, processo que procuramos analisar nos contextos sociais historicamente situados, no âmbito da constituição de um mercado e da sua regulação, que é igualmente um processo sociopolítico em que concorrem diferentes agentes sociais com objectivos e recursos variáveis.

Para a definição dessa concepção de institucionalização procuraremos, em primeiro lugar, enquadrar teoricamente o conceito de instituição e definir o que se entende por processo de institucionalização. Seguidamente, expomos o enquadramento da problemática de investigação.

A noção de instituição é central na sociologia e tem acompanhado o seu desenvolvimento desde a fundação da disciplina. Esse constitui exactamente o problema dessa noção para Georges Gurvitch ([1963] 1979): sendo inúmeras e polissémicas as definições de instituição realizadas ao longo da história da disciplina, a denominação de um fenómeno social como uma instituição nada acrescentaria à descrição e análise do fenómeno em causa. O conceito revelar-se-ia-se simultaneamente demasiado lato e demasiado estrito. Demasiado lato no sentido em que era aplicado a dimensões muito diversas do social, conferindo uma fictícia homogeneidade a fenómenos sociais diferenciados, tais como crenças, ideais, valores, condutas, organizações, ou estruturas sociais; demasiado restrito, porque as suas aplicações constituíram uma perspectiva demasiado conformista e pouco dinâmica, por tender a ocultar o que não está instituído.

Mesmo tendo em conta o carácter historicamente situado das críticas de Gurvitch, há que concordar com o autor quando este afirma que tem sido feita uma utilização abusiva do conceito em sociologia. E a subsequente conceptualização da sociedade em termos de sistemas ou estruturas veio acrescentar falta de clareza ao conceito. Gurvitch escrevia numa fase da disciplina em que Talcott Parsons e a sociologia americana eram dominantes. A sua crítica incidia principalmente no facto de a definição de instituições de Parsons ser equivalente à sua definição de estruturas sociais. Em *The Social System*, Parsons definia a

teoria sociológica como «a teoria dos sistemas sociais que se ocupa dos fenómenos das institucionalizações dos modelos que dizem respeito à orientação dos valores, assim como as condições dessa institucionalização...» (Parsons [1951a] 1953: 552, cit. in Gurvitch [1963] 1979: 485). Em *Toward a General Theory of Action*, o conceito de institucionalização referia-se à conformidade dos actores aos modelos culturais predominantes, efeito da interiorização e do sancionamento social. Sabemos o quanto Parsons é amplamente tributário de Émile Durkheim. Assim, a crítica de Gurvitch quanto a ser uma perspectiva demasiado conformista aplica-se aos dois autores.

Consideremos a noção durkheimiana de instituição. Na fase final da sua obra Durkheim aproximou-se de uma noção que reforça a componente de internalização, já presente em *As Regras do Método Sociológico* ([1895] 1984) e reforçada pela abordagem do simbólico (Durkheim e Mauss [1901-1902] 1963, Durkheim [1912] 1990), noção em que a definição das instituições nos será dada pelas representações colectivas. Na sua abordagem inicial, quando procurava fundar a sociologia, dava especial relevância ao carácter coercivo e de constrangimento das instituições, tendo em conta a sua exterioridade e a sua anterioridade. Quando estão em causa a mudança social e a acção colectiva, as instituições possuem realidade social, são definidas como «formas de agir e de pensar» fixadas, que restringem a acção, seja através das sanções sociais, a sua força exterior, seja devido à internalização pelo indivíduo, nas palavras de Durkheim, as instituições «dominam-nos de dentro». Durkheim viria a definir a sociologia como «a ciência das instituições, da sua génese e do seu funcionamento» ([1895] 1984: 23).

No desenvolvimento da teoria das ciências sociais, partindo da influência parsoniana, a noção de instituição veio a confundir-se com a de estrutura social (Gurvitch [1963] 1979: 485-486). Como refere Anthony Giddens (1984: 16) essa noção persistia no dualismo do sujeito e do objecto sociais, a «“estrutura” surge aqui como “exterior” à acção humana, como fonte de constrangimento sobre a livre iniciativa do sujeito independentemente constituído». Rejeitando esta forma de conceptualização, Giddens propõe a noção de dualidade da estrutura, segundo a qual as regras e recursos, constrangimentos na produção e reprodução da acção social são igualmente meios de acção dos agentes sociais. As instituições são definidas por Giddens como as práticas que, dentro das estruturas sociais, possuem maior estabilidade, no sentido de maior extensão espaço-tempo e são, simultaneamente, constrangedoras e habilitadoras da acção.

A propósito da equivalência estabelecida entre propriedades estruturais e constrangimento sobre a acção, Giddens afirma que o constrangimento não pode ser

tomado como a única característica definidora da estrutura. Para o autor, a teoria da estruturação é absolutamente compatível com a definição durkheimiana das instituições na longa duração, como preexistindo e sobrevivendo ao indivíduo, e com a definição do constrangimento em termos de socialização (na acepção em que a socialização surge mais tarde nos textos de Durkheim, como algo que funde constrangimento e habilitação). Por outro lado, para Giddens, também as propriedades dos sistemas sociais são exteriores ao indivíduo e às suas actividades, mas «as sociedades humanas, ou os sistemas sociais, simplesmente não existiriam sem a agência humana» (1984: 171) – reeditando, aliás, a proposição de Gurvitch segundo a qual «[as estruturas sociais [são] obras que exigem uma intervenção constantemente renovada dos actos» (Gurvitch [1963] 1979: 508).

Contudo, é necessário contextualizar historicamente o autor: Durkheim, em particular nos seus textos iniciais, pretendia defender uma concepção naturalista da ciência social equiparando constrangimento e influência causal. A principal crítica a Durkheim, ainda segundo Giddens, é a de não apresentar uma concepção de poder distinta da noção de constrangimento. Desta forma, por um lado, podemos reconhecer os aspectos da estrutura que actuam como constrangimentos, desde que se lhes reconheça igualmente a dimensão de habilitação; por outro, há que distinguir a noção estrita de poder da noção mais ampla de constrangimento, sendo que o poder «nunca é meramente um constrangimento mas está na origem das capacidades dos agentes para realizarem resultados intencionais da acção» (Giddens 1984: 173) – o que necessariamente incluirá a capacidade de imporem constrangimentos à acção de outros, e de subtraírem a sua acção a constrangimentos que pesam sobre outros, ou que outros pretendam impor-lhes. Por fim, há em Durkheim uma noção reificada da sociedade, própria do seu tempo, que procura no constrangimento uma «explicação estrutural», de tipo determinista, insustentável no estado actual do saber em ciências sociais.

Giddens define três tipos de constrangimentos:

1) O constrangimento material: os limites das capacidades físicas do corpo e as características do meio físico. No entanto, mesmo este tipo de constrangimento não impõe limites imutáveis à acção, como o provou, por exemplo, a mudança induzida pelas tecnologias de comunicação;

2) O constrangimento associado a «sanções negativas», definidas como «constrangimento derivado das respostas punitivas por parte de alguns agentes sobre os

outros» (1984: 176). A sanção negativa constitui o aspecto do poder experienciado pelos actores, que implica assimetrias na relação constrangimento/habilitação;

3) O constrangimento estrutural, que o autor considera como «colocando limites ao leque de opções abertas a um actor, ou pluralidade de actores, numa dada circunstância ou tipo de circunstâncias» (1984: 177) mas que, além de distribuições desiguais desses limites entre tipos de actores, implica sempre escolhas, motivações e objectivos da agência humana, mesmo quando os actores se sujeitam à conformidade.

Em síntese, o constrangimento não pode servir de explicação única do comportamento humano; todas as explicações têm de ter em conta o comportamento com base em motivos ou em racionalizações, bem como a intersecção entre as dimensões constrangedoras e habilitantes com as características dos contextos sociais e materiais desse comportamento. E, não menos importante, o constrangimento e as características habilitantes são historicamente variáveis, quanto às circunstâncias materiais e institucionais da acção mas igualmente em termos do que dessas circunstâncias é cognoscível pelos agentes.

A definição de estrutura implica «regras e recursos, ou conjuntos de relações de transformação, organizadas como propriedades dos sistemas sociais» (Giddens 1984: 26). Na teoria da estruturação, a estrutura não deve ser identificada somente com as regras mas também com os recursos, ambos implicados na produção e reprodução da acção social e, simultaneamente, meios dos agentes sociais.

Giddens descreve as regras segundo um esquema analítico que as distingue segundo quatro critérios de grau: intensidade de constrangimento (intensivas ou superficiais), explicitação (discursivas ou tácitas), formalização (formais ou informais), e sancionamento (forte ou fracamente sancionadas). Para o autor, as regras tácitas e informais, que se encontram em estado prático, são as mais intensivas. São estas que detêm maior capacidade de exercer constrangimento, mesmo se fracamente sancionadas. Contrariamente às perspectivas que conferem às leis codificadas uma importância superior na estruturação, o autor defende que «seria um erro grave subestimar a força das sanções aplicadas informalmente no que respeita às práticas quotidianas» (1984: 23), já que as regras sociais formuladas primeiramente e sobretudo na consciência prática constituem o âmago do modo de conhecimento que é específico aos agentes sociais. Referindo as experiências da etnometodologia de Garfinkel, sustenta que estas «indicam que as prescrições envolvidas na estruturação da interacção diária são muito mais fixas e constrangedoras do que pode

parecer tendo em conta a facilidade com que são comumente seguidas» (Giddens 1984: 23); a sua capacidade coerciva relaciona-se fortemente com o facto de sustentarem a segurança ontológica dos indivíduos.

Quanto às regras codificadas na lei, são as mais fortemente sancionadas no sentido em que a sua coerção é exercida pela autoridade do Estado, têm mais elevado grau de formalização e pertencem a um regime discursivo, são «interpretações codificadas de regras» e «tipos específicos de regras abertamente formuladas» (Giddens 1984: 21). As instituições legais correspondem à dimensão estrutural de legitimação dos sistemas sociais, e a sua efectividade deve ser compreendida em relação com as duas outras dimensões estruturais desses sistemas: a estrutura de dominação e correspondentes instituições políticas e económicas, associadas aos recursos materiais e de autoridade, e a ordem institucional simbólica e discursiva da dimensão estrutural da significação.

As três dimensões da estrutura referidas estão interligadas nos sistemas sociais e só podem ser separadas a nível analítico. Portanto, ao analisarmos as instituições legais, teremos de observar a sua relação com as instituições políticas e económicas. Dito de outro modo, não podemos observar e explicar um sistema social somente a partir das regras, há que ter em conta a distribuição dos recursos. Desta forma, acrescentamos à definição de instituição enquanto constrangimento, uma teoria do poder e da dominação:

A dominação depende da mobilização de dois tipos distintos de recursos. Os recursos materiais correspondem a capacidades – ou, de modo mais rigoroso, a formas de capacidade transformadora – gerando comando sobre objectos, bens ou fenómenos materiais. Os recursos de autoridade (não materiais) correspondem aos tipos de capacidade transformadora que geram comando sobre pessoas ou actores. (Giddens 1984: 33).

E, mais uma vez, na perspectiva da teoria da estruturação, consideram-se não somente as restrições à acção que regras e recursos engendram, mas também o seu carácter transformador.

Como refere Robert K. Merton (1998), o «neo-institucionalismo sociológico» tem origens na obra de Durkheim, quando este definiu a sociologia como a ciência das instituições. No entanto, o holismo de Durkheim, do qual derivou o estruturalismo de meados do século XX, evoluiu para uma nova perspectiva de análise, a da interacção entre os contextos institucionais e a agencialidade dos actores. A análise neo-institucional, segundo Merton, transcende as fronteiras entre as ciências sociais, com novos conceitos. Discutiremos adiante a noção de instituição de Douglass North (1990), um dos fundadores

do «novo institucionalismo económico», começando por introduzir os conceitos de base do novo institucionalismo, como os de «custos de transacção» e de «racionalidade limitada».

Como refere Victor Nee (2005), o conceito nuclear do novo institucionalismo económico é o de custos de transacção, introduzido por Ronald Coase (1984, 1988), definido como o custo de negociar e de completar transacções numa economia de mercado, onde as assimetrias de informação e a incerteza tornam os compromissos inseguros e a confiança um problema. Os custos de transacção são uma parte significativa dos custos de produção e de troca. Segundo vários autores do novo institucionalismo, as instituições sociais podem minimizar os custos de transacção. Nas formulações mais estritas do neo-institucionalismo económico, cuja teoria das instituições serve para resgatar a epistemologia neo-clássica da insustentabilidade empírica dos seus axiomas sobre a perfeição e o equilíbrio do mercado, esta asserção assume mesmo uma feição de explicação funcionalista da génese «social» das instituições face às imperfeições da ordem «natural» do mercado, conforme denunciado por Granovetter ([1985] 2003).

Ainda segundo Nee (1998), o novo institucionalismo também se funda na noção de racionalidade limitada, tributária do individualismo metodológico. A ideia central é a de uma racionalidade limitada ao contexto: a racionalidade da acção só é compreensível em função das situações sociais e dos contextos mais amplos da acção. Weber é um dos fundadores desta noção, segundo a qual quer a racionalidade quer a escolha têm de ser compreendidas no contexto institucional de uma dada sociedade numa temporalidade histórica específica. Às instituições, historicamente situadas, correspondem estruturas de poder e de oportunidades. No paradigma neo-institucional, a racionalidade limitada ao contexto implica que a racionalidade da acção depende de benefícios e custos decorrentes dos meios institucionais e dos modelos mentais derivados do enquadramento cultural. Em vez de se analisar a acção racional como resultante de um puro cálculo individual de alternativas em função das consequências, deve ser perspectivada através das regras e dos modelos de acção adquiridos na experiência e na rotina quotidianas.

Na definição do economista Douglass North (1990), as instituições são equivalentes às regras, sejam estas formais como as leis, ou informais como as convenções e códigos de conduta (nisto se aproximando da conceptualização de Giddens acima descrita). As instituições irão moldar as «regras do jogo», ou seja, os limites dentro dos quais se desenvolvem as escolhas, oportunidades e estratégias dos agentes sociais e das organizações, enquanto actores colectivos concertados em torno de interesses e estratégias comuns para tirar partido dessas regras. As organizações, na prossecução das suas

estratégias e consoante as suas relações de poder, podem consolidar ou alterar essas mesmas regras. Nesse sentido, são os principais agentes quer de estabilização, quer de mudança institucional.

Às regras corresponde um sistema de sancionamento que assegura o seu funcionamento, mas não necessariamente a sua eficiência. Existem custos associados ao sancionamento, que serão tanto mais elevados quanto mais codificadas forem as regras. A codificação formal é o resultado de uma alteração de escala, da crescente complexificação das sociedades. Se no nível local e personalizado, onde as situações sociais estão altamente estruturadas pela repetição e há relativa homogeneidade cultural, o acesso à informação é simples e de baixos custos, há baixos níveis de incerteza e fracos custos de sancionamento; numa maior escala são igualmente maiores a especialização, a heterogeneidade cultural, a variabilidade das situações e, portanto, a incerteza, assim como há mais informação que se encontra distribuída assimetricamente, de tal forma que o acesso a ela não é directo e implica custos mais avultados. Nesta escala, é o surgimento de um «terceiro», normalmente o Estado – que detém o «monopólio da violência», usando a expressão de Weber – que será responsável pelo sistema de sancionamento das regras formais.

Assim, os sistemas judiciais correspondem a esse terceiro elemento que monitoriza a aplicação e o sancionamento efectivo das regras, em particular as regras formais fundamentais dos sistemas económicos: os direitos de propriedade e as regras contratuais. Segundo Nee (1998), é central na teoria de North a noção de que a essência dos direitos de propriedade é o direito de exclusão, e a de que o Estado desempenha um papel fundamental na especificação e no sancionamento dos direitos de propriedade e de exclusão. A captura ou a influência sobre esse poder regulador e sancionador do Estado é, assim, um objecto de competição entre organizações concorrentes por recursos e vantagens económicas, conduzindo à visão sociológica dos mercados como construções sociais e como arenas políticas que adiante exporemos (Fligstein [1996] 2003).

North não vê nas instituições um modo necessariamente eficiente de suprir as falhas do modelo de competição: as instituições podem mesmo ser ineficazes. Há uma causalidade do poder na conceptualização de North: as instituições na sua formulação de regras formais são criadas para servir os interesses dos grupos e das organizações que detêm o poder para instituir novas regras. Se, por vezes, essas regras ou instituições resultam em soluções eficientes, é uma questão empírica contingente. Se existe um efeito generalizável das instituições, é o da redução da incerteza, da estruturação das interacções do quotidiano, do facto de aumentarem a previsibilidade do comportamento e tornarem

possível a acção no quadro de um modelo de racionalidade limitada. Nesse sentido, a institucionalização de regras será tão mais necessária quanto maior a complexidade dos problemas e das tomadas de decisão. Neste tipo de contexto, as regras e os procedimentos não são apenas constrangimentos, fornecem enquadramento, simplificam e estruturam a acção – são «habilitadoras», no sentido dado por Giddens acima citado. Em termos económicos, representam uma redução dos custos de informação, que segundo North são a parte mais relevante nos custos de transação – mas não representam um enquadramento de informação perfeita nem simetricamente distribuída: nos termos de Giddens, serão diferencialmente habilitadoras, consoante os recursos detidos pelos agentes sociais.

Assim, em North, a «função das regras» é a facilitação da troca, política ou económica, tendo em conta o poder de negociação ou de coerção de cada uma das partes envolvidas. A extensão de diversidade de interesses e o poder relativo dos agentes sociais envolvidos na negociação das regras formais configuram a estrutura das regras formais instituídas. Por isso, North afirma que não devemos ver as regras formais como soluções eficientes para toda a sociedade e sob todo o tipo de condições. Tendo em conta a sua distribuição diferencial, o poder discrimina grupos, positiva ou negativamente, sob a forma de regras do jogo com efeitos diferentes para os diversos grupos em termos de protecção, justiça e estrutura de oportunidades. Por outro lado, o sistema de sancionamento comporta custos específicos e, como se pode inferir do antecedente, variáveis segundo os recursos dos grupos e organizações. Por último, na mesma linha de argumentação, se os direitos de propriedade são a base da estrutura económica e o eixo fundamental das «regras do jogo», o autor defende que, na maioria das vezes, as regras são definidas segundo os interesses privados e não para servir o bem público ou a eficiência económica generalizada.

Em suma, as instituições têm um papel essencial na acção no mercado e nos desempenhos económicos. Uma instituição aumenta a eficiência, outras diminuem-na. No esquema teórico de North, as instituições formam a estrutura de incentivos de uma sociedade. As instituições são «os constrangimentos que estruturam a interacção humana» (1998: 248), constrangimentos formais e informais e correspondentes sancionamentos e estrutura de incentivos. As regras e sanções informais, os códigos de conduta, as normas de comportamento e as convenções, são predominantes em todos os tipos de sociedade e surgem para coordenar as interacções recorrentes nas situações quotidianas. North entende que as regras informais, não explícitas e internalizadas, são socialmente sancionadas e podem ser extensões, elaborações ou modificações de regras formais, reforçando-as, mitigando-as ou contradizendo-as.

Apesar de Douglass North definir as instituições como constrangimentos associados às regras, formais e informais, sublinhando o carácter coercivo das instituições, ao definir estas regras como a estrutura de incentivos, destacando a sua dimensão habilitadora, e ao intuir a necessidade de uma teoria do poder, a sua concepção veio a evoluir do institucionalismo clássico de tipo durkheimiano-parsoniano, que lhe serve de ponto de partida, para se aproximar de teorias sociológicas mais recentes, como a teoria da estruturação de Giddens. Mas podemos criticar a teoria de North, quer por manter uma definição demasiado ampla, abarcando uma gama de fenómenos insuficientemente especificados (cf. Portes 2010: 49), reeditando em parte a crítica de Gurvitch acima citada ao próprio conceito quer por não teorizar a articulação entre normas formais e informais. Reconhece, como vimos, que as regras formais são uma parte importante do enquadramento institucional, mas somente uma parte. Para funcionarem de forma eficiente, devem ser complementadas por constrangimentos informais que as suplementem e reduzam os custos de sancionamento – sendo que a congruência entre estas dimensões formal e informal das regras e dos constrangimentos não é uma necessidade teórica, antes é histórica e sociologicamente contingente.

Uma das respostas a este problema pode ser encontrada em Mark Granovetter e no que o autor designa de «proposta da incrustação» («*embeddedness*»), a partir do argumento de que «os comportamentos e as instituições em análise são tão condicionados pelas relações sociais, que conceptualizá-los como elementos independentes representa um sério equívoco.» (Granovetter [1985] 2003: 69). A proposta da incrustação «procura definir-se entre a proposta sobressocializada da moral generalizada e a visão subsocializada dos dispositivos impessoais e institucionais, identificando padrões concretos de relações sociais» ([1985] 2003: 82). Numa perspectiva sobressocializada, usual na sociologia estrutural-funcionalista de que Parsons é o expoente, os actores «aderem, como escravos, a um guião determinado por uma intersecção específica das categorias sociais que, por acaso, ocupam» ([1985] 2003: 75); na ciência económica, ao invés, encontramos uma concepção subsocializada, onde os actores se comportam como átomos. Segundo Granovetter, a acção dos actores e «as suas tentativas para realizar acções com finalidade estão, pelo contrário, incrustadas em sistemas concretos e continuados de acções sociais» ([1985] 2003: 75).

As relações sociais, relações pessoais concretas, e as obrigações a elas inerentes e por elas construídas e reforçadas são a fonte da confiança, na base do «contrato social» ou especificamente «económico»; e, de modo convergente com a teoria da estruturação de

Giddens, constituem tanto constrangimentos quanto recursos para a acção, em graus situacional e posicionalmente variáveis. Haveria, portanto, que analisar as estruturas de redes sociais das relações sociais em curso nos contextos sociais concretos, para apreender e explicar a acção.

A temática da incrustação veio contrapor-se às derivações funcionalistas da teoria económica das instituições como respostas eficientes aos «custos de transacção», cujo autor de referência é Oliver Williamson, e que vê nas instituições e nas organizações hierárquicas (noções menos rigorosamente diferenciadas nesta versão do neo-institucionalismo económico como vimos estarem na teoria de North) a solução funcional para o problema da confiança. Ao invés, na visão construtivista de Granovetter, as instituições e as organizações resultam da «cristalização» («*congealing*») formal de estruturas preexistentes de relações, e dos padrões de acção nelas incrustados, segundo processos historicamente contingentes e que têm que ser empiricamente analisados antes de se inferirem generalizações sociológicas (Granovetter 1992).

Todavia, os laços pessoais também implicam custos, no evitamento de conflitos ou na sua resolução, no surgimento de oportunismo ou de outras malfeitorias, na acumulação de obrigações sociais. O próprio Granovetter reconhece que «as redes sociais penetram irregularmente e em diferentes graus nos vários sectores da vida económica, permitindo assim todo o tipo de fenómenos que bem conhecemos: desconfiança, oportunismo e desordem não estão de forma alguma ausentes» – embora argumente que esta indeterminação constitui uma vantagem do ponto de vista teórico, por este grau de contingência causal das redes sociais evitar a «falácia funcionalista» que aponta ao neo-institucionalismo económico ([1985] 2003: 80).

Uma das críticas à proposta da incrustação apresentada por Granovetter é a de que apresenta uma ausência de especificação do contexto macro-estrutural (Smelser e Swedeberg 2005). Essa falha teórica reduziria a investigação empírica à escala dos grupos, que não podem ser demasiado extensos e, segundo Nee e Ingram (1998), a um nível analítico descritivo. Num outro aspecto, segundo Nee (2005), à escala macrosocial encontramos fenómenos de desafiliação das redes interpessoais para a realização de transacções entre estranhos nos mercados globais.

Como escreve Nee (2005), a concepção granovetteriana da incrustação assenta na noção de que a confiança se estabelece e mantém mais facilmente ao nível das redes de grupo, devido aos mecanismos informais de sancionamento. Entre grupos fortemente

interconectados, o sancionamento das normas ocorre espontaneamente no decurso da acção social, pela troca de recompensas sociais, como estima e *status* atribuídos ao comportamento conforme às normas do grupo, e de punição, como desaprovação e ostracismo atribuídos aos membros cujo comportamento se desvia da conformidade à norma. Em princípio, este mecanismo de sancionamento informal implicaria baixos custos. Contudo, na relação entre normas formais e informais, podem ocorrer custos de sancionamento variáveis. Nesta relação há que ter em conta a estrutura de incentivos institucionais e em que medida esta se adequa aos interesses, necessidades e preferências dos indivíduos e grupos. Mesmo que normas formais e informais sejam congruentes, podem não ser eficientes e, caso não sejam congruentes, desenvolvem-se normas de oposição que poderão vir a constituir-se como movimentos de oposição aos níveis organizacional e institucional.

Nee propõe que se perspetive o novo institucionalismo à luz da sociologia económica. Nesse sentido, as instituições são definidas como «o sistema dominante de elementos formais e informais interrelacionados – costume, crenças partilhadas, convenções, normas e regras – para os quais os actores orientam a sua acção quando perseguem os seus interesses.» (Nee 2005: 55). As instituições fornecem, desta forma, um meio de condução da acção colectiva, ao facilitarem e organizarem os interesses dos actores e ao sancionarem as relações sociais, do que decorre que a mudança institucional implica não somente que sejam refeitas as regras formais, mas que se produza um realinhamento dos interesses, das normas e do poder. Por outro lado, como sublinha Nee:

À medida que a sociologia económica vai além do conceito de incrustação, o desafio é o de especificar e explicar os mecanismos sociais na base da relação entre a organização social informal de redes sociais de grupos fortemente interconectados, e as regras formais das estruturas institucionais monitorizadas e sancionadas por organizações e pelos Estados. (Nee 2005: 55).

Voltamos, portanto, à questão da importância do enquadramento institucional normativo em formulações como a de North que acima descrevemos. E também à questão do papel do Estado, que tem o poder de fazer e sancionar as leis. As leis, tal como as normas, definem o comportamento esperado, acrescentando-lhe a autoridade moral do Estado, o seu monopólio da violência legítima na aplicação de sanções, e a legitimidade adquirida pela conformidade à norma ou à lei. Enquanto os economistas enfatizam o papel do Estado na imposição e sancionamento de regras formais, na sociologia económica as redes de laços interpessoais são fundamentais para a compreensão da relação entre regras formais e informais. As duas perspectivas acabam por concorrer para uma melhor

compreensão dos mesmos fenómenos, convergindo para o que Portes designa como «incrustação polanyiana», preocupada com a distribuição do poder entre o Estado e as instituições e agentes dos mercados (Portes 2010: 220-224, 234-234).

Do mesmo modo que as duas disciplinas tendem a integrar perspectivas, segundo Nee e Ingram, tende a articular-se a importância do enquadramento institucional e da incrustação em redes sociais. Na tentativa de estabelecer a relação entre instituições e redes sociais, estes autores propõem (de modo convergente com Granovetter, 1992) que se definam as instituições como o resultado «de acções desenvolvidas por indivíduos socialmente situados, incrustados em redes de relações pessoais com fins económicos e não económicos» (Nee e Ingram, 1998: 24), mas onde a unidade de análise se transfere da estrutura das redes sociais para as interacções sociais em curso nos contextos sociais.

Integrando os elementos teóricos fornecidos pela teoria das trocas sociais, tal como elaborada por Homans (1950, [1961] 1974), Emerson (1962) e Blau (1964), e pela teoria dos jogos, que contribui para compreensão das normas como modos de resolução dos problemas de acção colectiva e de coordenação, Nee e Ingram (1998) propõem um modelo teórico em que o enquadramento institucional das normas formais é intermediado pelo nível das organizações. Entre estes dois níveis, desenvolve-se a acção colectiva que afecta as normas formais, sendo as organizações reciprocamente influenciadas pelo ambiente institucional. O nível das normas informais dos grupos interage com o nível organizacional pela conformidade ou oposição às normas. Há uma interacção indirecta entre regras formais e informais através da interiorização pelos agentes sociais da estrutura de incentivos, a que vão corresponder preferências individuais; interiorização que é assegurada pelo sistema de sancionamento, sobretudo através das recompensas de aprovação social (*status*, estima, respeito e honra – que podem ser convertidas em vantagens materiais), e da pertença identitária.

Este esquema teórico é esquematizado do seguinte modo:

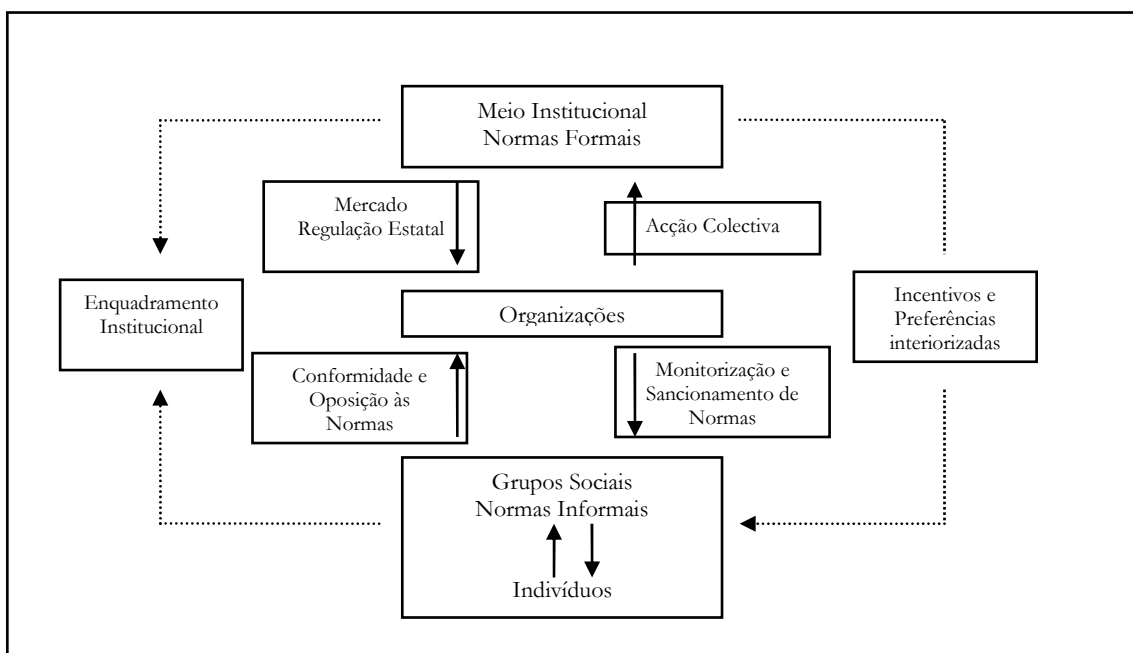


Figura 1 - Esquema teórico, traduzido e adaptado a partir de Nee e Ingram (1998) e Nee (2005).

Das definições apresentadas de instituição, desde as definições fundadoras da sociologia a formulações mais recentes, procurámos estabelecer o que se entende por esse conceito fundamental da sociologia. A concepção adoptada na presente investigação vai além das noções iniciais de instituição como sistema de constrangimentos, propondo uma teorização das instituições com uma perspectiva que articula constrangimentos com habilitações, os níveis formal e informal, e que problematiza o carácter coercivo e eficiente das instituições à luz de uma conceptualização do poder material e político. Uma das vantagens fundamentais que encontramos na proposta do novo institucionalismo é o de possibilitar a definição das instituições como processos, ou seja, permite dar conta da dinâmica de institucionalização identificável nas interações de agentes sociais específicos, em contextos espacial e temporalmente situados, por oposição a uma concepção substancialista de instituição numa modalidade fixada e exterior aos agentes sociais.

Assim, sem querermos repetir as noções teóricas acima enunciadas, restará concluir que se procura, na presente investigação, analisar o processo de institucionalização das MAC no mercado dos bens e serviços de saúde em Portugal, particularizado no caso da acupunctura, considerando a sua formulação codificada na lei como indicador de fixação

institucional, mas considerando que a formalização da regra está sujeita à mobilização de estratégias, tanto informais como formalizadas, para a sua interpretação, aplicação e apropriação por parte dos agentes sociais envolvidos.

Sobre este pano de fundo geral, consideraremos ainda outros elementos de especificação teórica e problemática da presente investigação, que passamos a explicitar.

Na conceptualização adoptada recorre-se à teoria dos sistemas de regras sociais, explicitamente filiada na discussão da «dualidade actor-estrutura», de modo frequentemente paralelo ou convergente com a teorização de Giddens sobre a «dualidade da estrutura» acima exposta, entre outras (Burns e Flam [1987] 2000: 4). Segundo esta perspectiva,

[a]s instituições sociais podem ser estudadas e analisadas em termos de regimes de regras sociais, ou seja, de conjuntos finitos de regras constitutivas que especificam, por exemplo, quem pode ou não participar, que interacções são válidas e legítimas e quais se devem excluir e de que forma as interacções válidas são organizadas; (Burns e Flam [1987] 2000: 107)

enfatizando

[o] processo de estruturação estratégica: os agentes interagem – lutam, formam alianças, exercem o poder, negociam e cooperam – no contexto de constrangimentos e oportunidades das estruturas existentes, ao mesmo tempo que influenciam e reestruturam esses sistemas. (Burns e Flam [1987] 2000: 4)

Assim, especificando sobre os mercados e a sua institucionalização, estes são organizações sociais reguladoras, onde as regras sociais especificam as oportunidades de entrada no mercado e os procedimentos de transacção, regras essas que são estabelecidas pelo Estado e por agentes de estruturação não governamental como grupos com interesses na definição do mercado, de entre os quais os grupos profissionais (cf. Burns e Flam [1987] 2000: 158). Assim, nesta teoria e de modo convergente com as versões sociologicamente mais elaboradas do neo-institucionalismo, é fundamental o papel do Estado na regulação de mercado e adquire importância nuclear a legislação que se aplica a um dado mercado, bem como a identificação dos agentes sociais relevantes nas lutas de poder relacionadas com o estabelecimento das referidas regras e a caracterização dos variáveis equilíbrios de forças entre eles.

Tal como na teoria do novo institucionalismo enunciada, segundo esta teoria dos sistemas de regras sociais, para compreender a formação de regras de mercado é importante analisar as regras administrativas e legais que são formuladas através de processos políticos e pelo Estado. Para a formação de regras também concorre o nível dos grupos e das organizações, onde pode haver contradições entre normas formais e

informais. Um aspecto central da teoria é o das regras que regulam o acesso ao mercado, impondo constrangimentos sociais à entrada neste e estabelecendo princípios de exclusão de determinados participantes potenciais. Esta exclusão é estabelecida por intermédio de leis, normas informais e regras de selecção, formuladas e aplicadas pelo Estado e pelos grupos e associações estabelecidos no mercado.

Assim, na análise da organização social do mercado, torna-se necessário integrar a agência dos grupos de interesse, o poder relativo que estes podem mobilizar e o quadro institucional em que são formulados ou alterados os sistemas de regras de mercado. Os agentes estabelecidos no mercado e que podem beneficiar das regras vigentes resistirão à mudança ou tenderão a desencadear esforços no sentido da alteração das regras que não lhes sejam benéficas. Quando grupos emergentes ou novas coligações de interesses procuram alterar as regras de mercado vigentes, manifestam-se conflitos de interesses e revela-se essa estrutura de poder. Nestes conflitos, estão em causa princípios distintos de controlo do mercado, os conflitos centram-se nas regras de acesso e de distribuição de ganhos, e envolvem agências estatais, partidos políticos, grupos de interesse específicos e movimentos sociais.

A teoria dá especial relevância aos grupos profissionais que estão organizados como grupos de interesses com a possibilidade de influenciar a legislação, através das suas redes sociais e da sua ligação às elites políticas ou ao seu envolvimento directo com os partidos políticos, «bloqueando [...] os interesses de outros na reforma ou alteração [...] da legislação existente». A este respeito, um dos exemplos é a Ordem dos Médicos norte-americana (AMA – *American Medical Association*) (Burns e Flam [1987] 2000: 168). Num sentido mais amplo, refere-se a grupos e organizações baseados em interesses de classe ou de *status* que, isoladamente ou em coligação, procuram estruturar e regular os mercados e envolvem o Estado nesses processos de controlo social, no sentido de regular o acesso ao mercado e até quais as agências de regulação a instituir (privadas, semi-privadas e públicas). As regras de mercado, como as que estabelecem o acesso ou exclusão, podem ser informais ou formais, sancionadas directamente pelo Estado ou por grupos profissionais ou comerciais por delegação do Estado. Segundo os autores, muitos mercados caracterizam-se por regras de restrição do acesso assentes na posse de requisitos de base, de entre os quais dão o exemplo de níveis de competência e certificação regulados pelo Estado, que reflectem a história legislativa de regulação do mercado, a configuração de interesses e de poder, assim como questões técnicas e profissionais – como será o caso do mercado das MAC que é objecto da presente investigação.

Um outro aspecto desta teoria apresenta-se relevante no enquadramento da presente investigação: o facto de os sistemas de regras sociais que estruturam e regulam os mercados determinarem o acesso e/ou a exclusão de participantes implica a imposição aos excluídos de perda de oportunidades de ganhos, o que constitui um incentivo à criação de mercados ilícitos, de onde deriva a criação de normas de sancionamento para o controlo social dessa possibilidade. Ora, esta é uma questão que emerge no processo de institucionalização do mercado das MAC, onde se inicia a estruturação de um mercado ilegítimo prévio à institucionalização ao nível das regras formais. Se reenquadrarmos esta questão no enquadramento teórico já enunciado para a análise da institucionalização, estará em causa a eficácia do sistema de sancionamento do Estado na aplicação da norma formal, mas isto também nos reenvia para outro problema: o da possibilidade da existência de normas informais sustentadas por estratégias, redes sociais e organizações estabelecidas que possibilitam a tolerância de um mercado ilegítimo de serviços de saúde, pelo próprio sistema de sancionamento das regras formais.

As lutas sociais e políticas pela institucionalização de um sistema de regras de mercado implicam a análise dos conflitos e da configuração e reconfiguração dos agentes sociais no processo de negociação dos conflitos pelo estabelecimento de regras, quer dizer, pela institucionalização de normas formais com a sanção do monopólio de violência legítima, o Estado.

Citámos anteriormente a teoria de Fligstein, na sua concepção dos mercados como construções sociais e arenas políticas, contida na noção do «mercado enquanto política». Nesta noção, procura-se relacionar a perspectiva das instituições com a das redes sociais mas também se considera que a construção dos mercados é um projecto político conduzido por agentes sociais com poder para criar ou influenciar as normas em processos políticos que envolvem o Estado. Assim, no entender de Fligstein, as instituições podem definir-se como «[a]s regras partilhadas, sob a forma de leis ou de entendimentos colectivos, mantidas por hábito, acordo explícito ou acordo tácito» (Fligstein [1996] 2003: 198). As instituições de mercado são então condições de existência dos mercados, criadas e reguladas pelos Estados, que permitem a organização social de relações de competição, cooperação e transacção entre os agentes sociais. Assumem a forma de direitos de propriedade; de estruturas de governação – em que se incluem as leis e as práticas informais de que as associações profissionais são mecanismos de transmissão; de concepções de controlo, ou seja, mundivisões que estruturam a percepção do modo como funcionam os mercados, sob os seus princípios de organização interna, as tácticas de

competição e de cooperação e uma percepção dos agentes de mercado segundo uma dada hierarquia de *status*; e de normas de transacção, quer dizer, definições de quem são os actores, os produtos e serviços e as condições das transacções legítimas.

Fligstein elabora o problema da mudança e da estabilidade dos mercados, distinguindo, neste aspecto, entre dois tipos de agentes sociais participantes nos mercados: os detentores – ou agentes sociais de maior implantação no mercado; e os desafiadores – agentes sociais de menor implantação no mercado e que procuram alargar essa implantação. Num mercado estável, as concepções de controlo são partilhadas por detentores e desafiadores, pelo que politicamente se reproduz a posição dos grupos dominantes. Em mercados emergentes, existem diversas concepções de controlo em competição e estes mercados assemelham-se, politicamente, a movimentos sociais, dado que não existe uma concepção de controlo amplamente partilhada, não existem configurações de relações sociais definidas e, tal como nos movimentos sociais, a definição normativa que possa vir a emergir como mais estável depende da capacidade relativa de cada participante para mobilizar recursos, criar oportunidades políticas de acção, estabelecer alianças e construir coligações políticas e, ainda, da abertura do Estado para acolher as propostas de regulação ou as concepções de controlo em conflito. Em mercados em crise, o impulso de mudança pode ter origem externa, como no caso em que novos agentes de mercado invadem este e transformam, ou lutam por transformar, as concepções de controlo. Também nesta situação de mercado se estabelecem semelhanças com os movimentos sociais, na mobilização e estabelecimento de alianças para estabelecer novas concepções de controlo obtendo o sancionamento de legitimidade pelo Estado.

A competição entre organizações concorrentes pela captura ou a influência sobre o poder regulador e sancionador do Estado, conduzindo à visão sociológica dos mercados como construções sociais e como arenas políticas com a tipologia conexa de agentes sociais e situações de mercado proposta por Fligstein, parece-nos uma dimensão fundamental da análise sociológica dos processos de institucionalização na esfera económica, reforçando o contributo da perspectiva de Burns e Flam acima exposta para a problemática de investigação.

Reconhecida a importância da incrustação em redes sociais e da articulação entre normas formais e informais na análise da institucionalização, a análise da constituição e reconstituição dessas redes sociais tornar-se-ia particularmente pertinente. No entanto, pelo facto de as MAC terem sido excluídas do mercado legítimo dos serviços de saúde e do seu sistema de normas formais, num processo de marginalização, os agentes sociais destas áreas

apresentam um grande fechamento à observação sociológica, para o que contribui ainda o facto de se tratar de uma área de actividade social – a medicina – caracterizada pela proximidade ao poder político e económico. Assim, tendo sido impossível realizar uma investigação em profundidade sobre as redes de relações sociais interpessoais, esta linha de problematização é mais latamente enquadrada pela perspectiva de uma sociologia processual, segundo Norbert Elias (Elias [1939] 1989, [1970] 1980), ou seja, procura-se descrever as diferentes configurações e reconfigurações das relações típicas entre agentes sociais, que surgem a partir da observação das alianças em e entre associações profissionais, e entre estas e outros actores políticos, ao longo do processo de institucionalização, onde decorrem a distribuição e a redistribuição de poder decorrentes das lutas em torno da institucionalização e da regulação do mercado.

Assim, para especificar a sociogénese das regras de mercado aproximando-a deste projecto concreto, no sentido da operacionalização do enquadramento teórico da institucionalização do mercado das MAC, recorre-se ainda à teoria neo-weberiana das profissões. Considera-se esta teorização em articulação quer com a teoria dos sistemas de regras de mercado (Burns e Flam [1987] 2000) na ideia central de que os sistemas de regras de mercado são estruturados pelas restrições legais do acesso ao mercado (até ao limite da exclusão dos competidores) apoiadas na legitimidade da lei, quer com a concepção de Fligstein do «mercado enquanto política» e as diversas orientações teóricas apresentadas quanto ao papel do Estado na institucionalização dos mercados, bem como do papel das organizações, em particular, das associações profissionais.

Segundo a teoria neo-weberiana das profissões, como a de medicina, estas definem-se como grupos ocupacionais com capacidade para o controlo monopolístico sobre o mercado de produtos específicos e sobre a organização do trabalho (Saks [1995] 2005, 2003; Berlant 1975; Freidson [1970] 1988), aliado ao processo histórico de obtenção de elevado *status* e prestígio por determinadas ocupações (Collins 1991), perspectiva que envolve o conceito weberiano de fechamento social do mercado. Segundo esta abordagem, as profissões são ocupações que atingiram o fechamento social do mercado com base em monopólios legais legitimados pelo Estado, através de mecanismos legais como a auto-regulação e o licenciamento. A congruência desta perspectiva teórica com os eixos teóricos anteriormente definidos é óbvia e dispensa aqui maior elaboração, que se tornaria forçosamente redundante com o anteriormente exposto.

Mike Saks, referência na investigação sobre biomedicina e as MAC, no estudo dos casos inglês e norte-americano, desenvolve a teoria neo-weberiana das profissões e

operacionaliza-a para a investigação em causa a partir de uma análise retrospectiva e crítica da literatura anglo-saxónica sobre profissões, tendo em conta a sua relevância no campo científico e a aplicação ao estudo destas medicinas (Saks [1995] 2005, 2003). Seguiremos esta análise nos seus pontos fundamentais.

Até à década de 1960, predominou uma abordagem taxinómica com base nas assunções de que as profissões detinham características que as distinguiam das restantes ocupações e que contribuíam de modo relevante para o conjunto da sociedade. Esta perspectiva assumiu duas formas, uma abordagem que procurava traçar o conjunto de critérios que distinguiam as profissões das ocupações em geral, incluindo factores como o conteúdo teórico das formações e a existência de códigos éticos; uma outra abordagem, funcionalista, que procurava especificar os elementos centrais das profissões tendo em conta a sua relevância funcional para o sistema social ou a relação entre profissional e cliente.

Na perspectiva funcionalista, a diferenciação entre biomedicina e MAC é analisada enquanto parte de uma história natural da profissionalização. Esta história tem como base estádios sequenciais de desenvolvimento da profissionalização que incluem o estabelecimento de escolas de formação, a formação de associações profissionais e a adopção de códigos de conduta, e o reconhecimento e delegação de funções regulatórias pelo Estado. A emergência das profissões é conduzida por um sistema de ocupações baseado na pericialidade, cujo valor deriva das meritocracias dos países industrializados do Ocidente. As ocupações em causa regulam os seus membros através de códigos de ética e outros meios a favor do interesse público. Como contrapartida, obtêm autonomia sob a protecção do Estado e outros privilégios associados. Embora não seja de negligenciar esta perspectiva em termos do processo histórico da constituição das profissões, os funcionalistas aplicam sobre esta análise da história uma formulação teórica que, como tende a suceder com as abordagens funcionalistas, reifica o sistema social ao equacioná-lo como tendendo naturalmente à integração funcional – como afirma Saks, «o estabelecimento das profissões na perspectiva funcionalista existe para ir ao encontro das necessidades decorrentes das mudanças do mundo moderno (ver, por exemplo, Goode 1960; Barber 1963)» (Saks 2003: 41).

Em termos gerais, a investigação empírica que resultou desta abordagem acabava por espelhar as ideologias profissionais, conferindo-lhes legitimidade científica, e não sobreviveu ao período mais crítico que emergiu nos finais da segunda metade do século XX. Os interaccionistas, nas décadas de 1950 e 1960, foram os primeiros críticos de uma

perspectiva das profissões como neutras e enquanto categorias científicas, antes as definiram como símbolos socialmente negociados na política do trabalho (Hughes 1963). Esta interpretação, por seu turno, sofreu críticas por apenas permitir uma análise ao nível dos grupos, pois na definição processual da negociação a transformação das ocupações em profissões não era explicada em termos macrossociológicos.

A perspectiva funcionalista foi aplicada na área da saúde por Wallis e Morley (1976 cit. in Saks 2003) que perguntam especificamente de que modo o pluralismo médico da Grã-Bretanha e dos Estados Unidos foi suplantado pela criação de monopólios ocupacionais que gozaram de consenso no final da segunda metade do século XIX e inícios do século XX. Para estes autores, a explicação encontra-se na revolução industrial e consequente desenvolvimento, nomeadamente urbano, e na emergência da cidadania, que teria alterado quer a procura quer a capacidade da biomedicina de responder a esse aumento de procura. Esta melhor capacidade relacionar-se-ia com o desenvolvimento tecnocientífico, como a revolução bacteriológica do século XIX e a teoria dos germes. Nesta situação, a credenciação, o registo e o controlo da profissão médica protegiam o público.

Saks rejeita esta explicação; mais especificamente, rejeita o argumento de que a profissionalização baseada no fechamento e na exclusão de outros praticantes de medicina esteja relacionado com um aumento de eficácia da medicina científica. Primeiro, o argumento não se sustém para o caso da Grã-Bretanha. O *Medical Registration Act* de 1858¹ surgiu muito antes da revolução farmacológica e de outros avanços no diagnóstico e tratamento que ocorreram já no século XX. Saks acrescenta que as terapias heróicas, baseadas na sangria e na purga, eram ainda muito utilizadas pelos médicos ingleses do século XIX. E se se registam avanços nas técnicas de anestesia e assepsia, estes não eram ainda aplicados de modo significativo antes de 1858. Segundo, o argumento também não se sustém para o caso norte-americano. Starr (1982) afirma que neste país a fase em que se encontrava o conhecimento médico na segunda metade do século XIX era também limitado. Por fim, Saks cita Berlant (1975) que, a partir da análise do caso norte-americano, afirma que os maiores avanços na medicina não teriam ocorrido antes do século XX. O método científico só entra na medicina americana a partir de 1860. E afirma:

A medicina ortodoxa estava ainda muito num período de nihilismo terapêutico, ocupada no exame de práticas tradicionais com estudos controlados com fins de evidência de eficácia, ao mesmo tempo que as leis de licenciamento eram decretadas. A competência da

¹ Lei que cria a Ordem dos Médicos em Inglaterra, ou seja, a *British Medical Association*.

profissão médica não era muito convincente, mesmo aos olhos dos legisladores contemporâneos; muitos estados americanos deste período passaram legislação de licenciamento que permitia aos praticantes irregulares a prática médica, desde que conseguissem passar um exame de qualificação. (Berlant 1975: 236)

A abordagem neo-weberiana, que mais recentemente passou a dominar os estudos no campo das profissões, representa, segundo Saks, um melhoramento significativo na conceptualização da profissão. Central para esta abordagem é a noção de fechamento social, de inspiração weberiana, que se refere ao «processo pelo qual os grupos ocupacionais são capazes de regular as condições de mercado a seu favor face à competição externa, limitando o acesso a um grupo restrito de elegíveis e habilitando-os efectivamente a monopolizar as oportunidades disponíveis.» (Saks 1998: 176).

Parkin (1979), outro autor neo-weberiano, distingue dois tipos de fechamento social que são úteis em termos heurísticos: a usurpação, definida como o melhoramento da posição de um grupo subordinado à custa de um grupo dominante; a exclusão, entendida como o processo em que se baseia a profissionalização, relacionado com o exercício de poder de cima para baixo através da subordinação dos que são concebidos como socialmente inferiores. Tipicamente, as profissões ganham o fechamento que exclui através de uma estratégia credenciadora subscrita pelo Estado.

É este último tipo de fechamento social, por exclusão, que segundo Saks melhor caracteriza os processos de emergência das profissões na área da saúde. No entanto, em nosso entender e à luz das teorias acima expostas sobre a intitucionalização dos mercados, não podemos no entanto pôr de parte a hipótese de processos secundários de usurpação, como consequência da formação de mercados informais ou ilícitos para bens ou serviços da mesma natureza na margem dos mercados regulados pelas profissões. Coloca-se, assim, o problema da relação entre os dois tipos, exclusão e usurpação, nos processos concretos de profissionalização.

A abordagem neo-weberiana dá conta dos factores sociopolíticos que influenciam a obtenção dos privilégios legalmente suportados de que usufruem as profissões. Esta perspectiva partilha ainda com o interaccionismo a rejeição de uma análise acrítica da ideologia das profissões, nomeadamente, o carácter único, complexo e reservado a iniciados do conhecimento e o pressuposto de uma orientação altruísta na acção dos grupos profissionais.

Segundo Saks, as conceptualizações das profissões na abordagem neo-weberiana variam em função do grau com que se baseiam na teoria original de Weber. Num extremo,

temos autores como Berlant (1975) ou Collins (1991), mais próximos da abordagem original de Weber. Num outro extremo, temos autores como Johnson (1972), ou Freidson ([1970] 1988). Assim, podemos encontrar na primeira obra de Johnson (1972), uma perspectiva neo-weberiana. Johnson defende que o profissionalismo, baseado na autoridade ocupacional do produtor sobre o consumidor, por oposição a outras formas de controlo institucional, tem melhores condições de emergência onde os consumidores formem um grupo amplo e heterogéneo. Esta forma de controlo terá emergido na medicina na segunda metade do século XIX na Grã-Bretanha, com o desenvolvimento da industrialização e o crescimento associado da classe média urbana. Esta forneceu um mercado em expansão para os serviços médicos e quebrou os laços de patrocínio por parte das classes superiores. Outros factores mencionados por Johnson são a criação de uma comunidade ocupacional mais homogénea que terá aumentado o poder de negociação dos médicos, assim como o recrutamento da profissão entre as classes superiores terá completado o desenvolvimento de relações entre os médicos e as elites sociais e políticas.

Saks (2003) argumenta que esta análise encaixa numa perspectiva neo-weberiana, que enfatiza as estratégias ocupacionais com base em interesses cujos fins vão no sentido de ganhar controlo sobre o mercado, através do fechamento com vista à exclusão de competidores.

Freidson ([1970] 1988) fornece várias razões para a posição privilegiada da profissão médica nos Estados Unidos. Estas incluem o facto de a medicina ter ganho o apoio do público leigo no processo de profissionalização. Por outro lado, foi vital para a medicina ter ganho a sanção positiva do Estado, sendo esta considerada a fonte última de poder e autoridade na sociedade. Tal como Johnson, Freidson sublinha a importância crucial de a profissão médica ter obtido o apoio de elites estratégicas ao ter conseguido persuadi-las de que o seu trabalho detinha um valor especial.

Mas detenhamo-nos na proposta teórica neo-weberiana presente no trabalho de Berlant (1975) sobre a Grã-Bretanha e os Estados Unidos. A partir deste enquadramento teórico, este autor defende que o sucesso da medicina organizada resultou das suas táticas de competição e das condições sociopolíticas nas sociedades em análise. Berlant nota que a profissão médica inglesa no século XIX consegue avançar a sua posição através de uma reforma ideológica de modo a combater os ataques dos liberais sobre os monopólios corporativos. Esta reforma ideológica inclui a criação de modos de controlo interno da prática profissional que obtiveram aceitação nos termos do *Act* de 1858, em parte porque não impossibilitavam a prática de não registados no mercado (pois coexistia com a *Common*

Law, segundo a qual outros profissionais, não registados, podiam operar no mercado da saúde). No caso norte-americano, Berlant descreve como a profissão médica melhorou a sua posição ao explorar o conflito entre interesses económicos nacionais e locais face ao movimento *anti-trust*. Neste caso, a necessidade de proteger os interesses económicos locais contra as corporações nacionais e a burocratização levou ao apoio de monopólios locais, o que contribuiu para promover o desenvolvimento do licenciamento da medicina em vários estados.

Berlant começa por rejeitar o funcionalismo por, entre outros factores, não fornecer uma teoria da institucionalização das profissões. Para o autor, esta teoria deveria especificar os tipos de relações sociais instituídas, os mecanismos, os agentes, as condições sociais e as forças que conduzem à institucionalização das profissões. A instituição da profissão médica é vista como um processo com instâncias e condições concretas para o seu desenvolvimento.

Segundo Berlant, a teoria da monopolização de Weber oferece uma explicação para o modo como a conduta organizacional dos grupos pode fazer aumentar a sua capacidade adaptativa e as suas possibilidades de sucesso, sugerindo assim um mecanismo de institucionalização das profissões.

Embora a monopolização não constitua o único mecanismo de dominação por um grupo, a história da profissão médica é mais marcada pela monopolização do que pelo movimento inverso, o expansionismo. A questão mais significativa da teoria weberiana da monopolização é a análise da forma como a organização de um grupo contribui para a realização dos seus interesses. Num mercado, se o número de competidores aumenta, emerge o interesse na exclusão de parte dos competidores instalados e desenvolvem-se mecanismos de fechamento, tais como a formação de associações ou a aquisição de privilégios legais junto das elites e partidos políticos. Das várias estratégias, a capacidade de persuadir o Estado ou os agentes políticos para reconhecer e apoiar as reivindicações monopolísticas do grupo constitui a forma mais eficaz do fechamento ou da monopolização. Transformam-se assim naquilo que Weber designa de grupo legalmente privilegiado – um grupo que detém o privilégio legal de deter um monopólio. A regulação do fechamento, segundo Weber, pode assumir duas formas: a exclusão pode ser feita com base em características dos competidores externos (tais como a etnia, a língua, origens sociais ou locais, descendência, residência, etc.), ou pode ser restringida a inclusão com base em capacidades adquiridas. A análise weberiana sugere que a monopolização requer que haja dominação do mercado que possibilite a exclusão dos competidores do grupo. Neste

sentido, como refere Berlant, a teoria weberiana sugere que o termo «monopolização» se refere tanto à dominação necessária para operar o fechamento de mercado como ao próprio fechamento.

Na teoria weberiana, é o desenvolvimento de organizações de classe que melhor explica a monopolização. Estes grupos organizados formam as regras de regulação da conduta económica por parte dos profissionais e estabelecem, em vários graus, dominação sobre o mercado e sobre as instituições legislativas do Estado.

Com base numa análise histórica comparativa da instituição da profissão médica, Berlant sistematiza alguns aspectos do processo de monopolização. Para haver monopolização, é necessário que o grupo estabeleça o valor dos seus serviços e a sua definição como um bem a adquirir num sistema de trocas de mercado. Também há que assegurar a separação entre o desempenho dos serviços e a satisfação dos interesses dos clientes: na profissionalização da medicina, os serviços são definidos como de tratamento, enquanto um acto de pericialidade, e não de cura. Como em qualquer mercado, há que criar e manter a escassez do serviço. No caso da profissão médica, este objectivo tem sido atingido através do controlo do licenciamento e, correlativamente, das instituições de formação. Deve ser assegurada a monopolização da oferta, principalmente através de três meios – unindo os fornecedores individuais, afastando os fornecedores alternativos em competição no mercado e persuadindo o Estado a eliminar os competidores através de tratamento legal preferencial, sendo esta última a forma mais eficaz de monopolização. Um aspecto importante que se deve realizar é a restrição da afiliação, ou seja, o fechamento, principal meio para tornar os serviços raros e condição necessária para a monopolização. A eliminação dos competidores externos é essencial na monopolização; para isso, há que assegurar a eliminação dos competidores externos:

[T]ipicamente, o grupo reivindica ser o único que fornece o serviço autêntico (i.e., declara os outros «charlatães») e faz vários esforços para colocar os competidores fora do negócio. Mesmo um grupo legalmente privilegiado deve esforçar-se por fazer aprovar leis favoráveis (Berlant 1975: 53).

Outras duas estratégias para eliminar a competição externa são a reivindicação ética de modo a valorizar os serviços do grupo e a desvalorizar os dos competidores, e o recurso ao licenciamento com legitimidade legal, ou seja, ganhar apoio político ou do Estado contra os competidores.

A monopolização, mediada pela organização da profissão, deve ainda ter outras características. Assim, a organização deve ter a capacidade para fixar preços de forma

independente do estado do mercado, pela eliminação não só da competição externa mas também da competição interna entre membros. A organização deve possuir uma coordenação interna que desenvolva a defesa dos interesses e implante um sistema de controlo de preços. Esta organização deve eliminar a competição interna, usualmente, através da criação de um código deontológico, onde são proibidas as práticas de competição através dos preços, de competição por pacientes e de publicidade. Por último, Berlant sublinha a importância do desenvolvimento da solidariedade de grupo e da cooperação, onde inclui as recompensas subjectivas de sociabilização, a predisposição dos membros para se protegerem uns aos outros e o sistema de referência a colegas.

Outro dos autores de referência na teoria neo-weberiana do fechamento social ou monopolização como causa da emergência das profissões e, mais especificamente, da profissão médica, é Randall Collins (1991). Segundo este, a primeira vantagem da abordagem neo-weberiana é a de fornecer um quadro teórico que aborda o conflito. Para este autor, a definição de profissão é a de «uma combinação de fechamento de mercado com elevados *status* de honra» (1991: 37). Na modernidade avançada, estas profissões tendem a ter nas qualificações profissionais a honorabilidade associada ao *status*.

Este processo de estruturação deriva do «fechamento de mercado». Na teoria weberiana, o fechamento de mercado é um fenómeno muito mais amplo do que o que sucede com as profissões; a sua forma mais usual é a monopolização entre empresas capitalistas. O fechamento de mercado entre ocupações é parte de um padrão estrutural mais amplo. Existe uma dinâmica de longo prazo que consiste num infundável conflito sobre o fechamento de mercado. As estruturas ocupacionais, tal como o capitalismo e os mercados em geral, estão em constante mudança; algumas ocupações ganham novos recursos na luta para o fechamento dos seus mercados enquanto outras perdem alguns dos privilégios ganhos. Para Weber, o processo de monopolização por fechamento do mercado é uma característica fundamental do capitalismo. A sua análise vai muito mais longe neste aspecto do que a de Marx e Engels, para quem o crescimento dos monopólios capitalistas é um mero efeito secundário das crises cíclicas. Weber descreve a monopolização e desmonopolização como uma força actuante através da economia, que afecta o trabalho, o capital, a finança e a propriedade. Em todos estes casos, são os agentes sociais que se agrupam entre si, estabelecem regulamentações formais, e adquirem controlo político como grupos legalmente privilegiados. Isto sugere uma profissão; mas podia ser também uma guilda medieval ou um cartel de negócios. Weber também refere que esta é a fonte da propriedade, e no estado feudal, da aristocracia proprietária.

Weber propõe que o capitalismo moderno se desenvolve através de uma série de monopolizações: primeiro, de capital monetário por parte dos empreendedores que avançam para a apropriação do trabalho; depois, de informação de mercado e de oportunidades de venda; subsequentemente, de todos os meios de produção, pela expropriação dos trabalhadores dos instrumentos de trabalho assim como pela exclusão dos senhores feudais e outros competidores do controlo sobre o mercado do trabalho. Finalmente, dá-se a expropriação do gestor e mesmo do proprietário, que se transformam de facto em administradores das reservas de crédito, os bancos. Weber subsume a preocupação de Marx com a expropriação dos trabalhadores num processo mais amplo de monopolização que foi dirigido contra os senhores feudais e contra os trabalhadores e que, em última instância, expropria os proprietários; na «dialéctica» de Weber não é o socialismo que triunfa mas o mercado de crédito.

Para Collins, o fechamento social do mercado descrito por Weber tem analogia na modernidade avançada: o crescimento de um mundo ocupacional altamente credenciado, que fragmenta o mercado ocupacional e monopoliza as oportunidades para os grupos de detentores de graus especializados. Mas existem igualmente processos de desmonopolização, que ocorrem quando os indivíduos e os grupos profissionais ficam sob uma autoridade que os impede de negociar as oportunidades de monopolização. O grupo mais poderoso é o que consegue manter uma estrutura de monopolização para os seus membros, ao mesmo tempo que controla os serviços das outras ocupações mantendo-as não monopolizadas e sujeitas às pressões do mercado. Assim, a monopolização e desmonopolização podem ocorrer em simultâneo, a última a determinados níveis da organização (normalmente os mais baixos) e a monopolização noutros níveis (os níveis médios e mais elevados, os mais credenciados dentro da organização burocrática).

Saks propõe igualmente a aplicação da noção de fechamento social na área da saúde. Segundo o autor (1998), nos três séculos anteriores ao *Medical Registration Act* (1858) em Inglaterra, não havia qualquer sistema nacional de fechamento social legalmente subscrito – apesar das bolsas de privilégio legal como o que foi atribuído por carta ao *Royal College of Physicians* no século XVI que recomendava a sua prática médica na cidade de Londres e num raio de 7 milhas. Saks (1998) cita ainda Roy Porter (1989) segundo o qual, nesse período, o mercado era relativamente aberto, um leque alargado de terapêuticas, do herbalismo aos endireitas, às sangrias e purgas, estavam disponíveis e em competição no mercado da saúde. Ainda segundo Porter (1987), os predecessores da profissão médica, incluindo os boticários, os cirurgiões e médicos, eram uma minoria sem identidade de

grupo, sem padrões educacionais consistentes, ainda na segunda metade do século XIX. É o *Act* de 1858 que vem alterar esta situação.

Segundo Saks (1998), na década de 1990 estava em processo, na Grã-Bretanha, o fechamento social do que se designa normalmente de «semi-profissões» – enfermeiros e radiologistas. No quadro desta luta de interesses que envolve o avanço da posição ocupacional em termos de poder, *status* e rendimento, no contexto fluido e conflitual das profissões de saúde, é o Estado que surge como árbitro dessas lutas. No caso britânico, a dominância da profissão médica é o resultado de uma longa aliança entre estes profissionais e o Ministério da Saúde. O mesmo se pode dizer do resultado dos conflitos da biomedicina com os terapeutas das MAC, não apenas limitados na sua prática mas subordinados e até excluídos do centro das MAC, onde os médicos têm mantido a sua supremacia, apesar do movimento dos terapeutas para a profissionalização.

Para Saks (1998), o movimento de profissionalização das MAC não será tão desafiador para a profissão médica como possa parecer numa primeira impressão. No relatório de 1993 da *British Medical Association*, os médicos adoptavam já uma estratégia de procurar colaborar com as «medicinas alternativas» que, nesse sentido, passavam a ser designadas de «complementares». Estava já em processo uma estratégia incorporacionista para minimizar a ameaça crescente de usurpação no mercado da saúde. Esta estratégia de incorporação desenrola-se por um duplo processo. Por um lado, o apoio médico à profissionalização dos terapeutas está sujeito às contrapartidas de uma forte componente de formação biomédica nos programas de formação das MAC sujeitas a aceitação regulamentar, à adopção de um sistema de referenciação em que é o médico o responsável pela gestão dos pacientes e à aceitação, por parte dos terapeutas, de um modelo regulador da profissão decalcado do modelo regulador da biomedicina (Saks 1998). Num outro aspecto, a limitação do desafio consistiu igualmente no incremento da utilização das MAC pelos médicos e pelas profissões aliadas num enquadramento biomédico, para um leque restrito de condições patológicas (Saks 1994).

Segundo Saks ([1995] 2005), no caso inglês da acupunctura, a expansão da procura pelo público junto dos terapeutas sem qualificação médica, num contexto legal em que a prática dos terapeutas não é proibida, conduziu, após um longo período de rejeição médica, à apropriação ou incorporação médica da acupunctura. O risco de abertura da profissão e de legitimação dos não profissionais médicos teria sido minimizado por meio de três estratégias: a) a sua diferenciação tecno-científica da acupunctura tradicional: a prática médica de uma acupunctura enquadrada por uma teoria biomédica, como a explicação com

base nos neurotransmissores; b) A exclusão da acupuntura, enquanto prática médica, do currículo médico comum, e o seu reconhecimento ao nível de formações pós-graduadas para médicos licenciados; c) O reconhecimento da acupuntura enquanto prática terapêutica pelas profissões subsidiárias da medicina, como a enfermagem e os fisioterapeutas, cuja prática está sujeita ao controlo social da profissão médica.

O conceito de incorporação está igualmente presente no meio científico norte-americano sobre as MAC, embora aí se prefira a designação de cooptação. O conceito descritivo do processo em que se dá uma apropriação das técnicas terapêuticas sem que se realize uma apropriação do correspondente sistema de conhecimento que constitui o seu fundamento. A cooptação das MAC implica, portanto, a manutenção da hegemonia da biomedicina. Segundo Hans Baer (2004), esta conclusão tem sido sustentada por vários cientistas sociais da área da medicina (Alster 1989; Lowenberg 1989; Montgomery 1993; Wolpe 1999; Budd e Sharma 1994; Porter 1994, Cant e Sharma 1999).

Frequentemente a medicina ortodoxa assimilou a prática de medicinas alternativas, em vez de perder de modo maciço pacientes para essas medicinas. Usualmente, isto sucede através de um processo de filtragem astuto: as assunções metafísicas da prática alternativa são abandonadas, enquanto as técnicas práticas são absorvidas. (Porter 1994: 65)

Para Baer (2004), a cooptação é realizada em larga escala pelos médicos, pelas suas escolas e hospitais, pelo Estado, e por grandes empresas a operar no mercado da saúde, como as companhias de seguros e as companhias farmacêuticas. Neste processo, teremos de considerar uma dimensão económica, em dois aspectos: o interesse comercial das MAC, com procura no mercado dos serviços e produtos da saúde; e o facto de estas medicinas oferecerem tratamentos a mais baixo custo comparativamente à biomedicina.

Cant e Sharma (1999) observam que a biomedicina detém autoridade e legitimidade e que as formas de MAC que têm ganho maior legitimidade e aceitação pública são as que obtiveram a aprovação de uma parte significativa da profissão médica. São os casos da osteopatia, da quiropraxia, da acupuntura e da homeopatia. Neste sentido, a incorporação médica constitui um modo de os médicos se apropriarem de parte do mercado destas medicinas, mas constitui igualmente um factor para a sua legitimação e institucionalização e, portanto, para um subsequente aumento da procura pelos públicos da saúde. O problema reside no facto de as formas mais comuns de apropriação subtraírem as técnicas terapêuticas ao seu enquadramento teórico e o substituírem pelo enquadramento teórico biomédico, sem provocarem alterações profundas no sistema de conhecimento da biomedicina. E, tendo em conta a teoria neo-weberiana e o enquadramento teórico acima

traçado para a análise da institucionalização dos mercados, esta questão reenvia-nos para o problema teórico e empírico do processo de institucionalização das MAC se realizar através destes processos de conflitos entre grupos profissionais e as estratégias dos grupos instalados para a monopolização do mercado ou do acesso a ele.

1.2. Metodologia de Investigação

Em termos metodológicos, a presente investigação privilegiou uma abordagem qualitativa, de entrevistas aprofundadas e de análise documental. Utilizámos, em parte, metodologias de estudo de caso (Burawoy 1998) e mesmo metodologias mais etnográficas, bem como uma estratégia de análise narrativa (Griffin 1993), assente na descrição e interpretação sistemáticas da evolução cronológica ou de sequências temporais de eventos históricos de modo a interpretar as características observáveis e teoricamente relevantes dos processos em análise.

A noção de processo que utilizamos, pode ser definida como o encadeamento de eventos significativos (isto é, entre os quais podemos estabelecer relações explicativas ou compreensivas interpretáveis pelo quadro teórico de análise) numa sequência temporal, incluindo eventos contingentes que podem dar lugar a viragens significativas da construção social e histórica de um fenómeno social. Além de fornecer elementos significativos sobre o modo como os fenómenos sociais se produzem, permite igualmente dar conta dos efeitos inesperados da acção. A abordagem narrativa, teoricamente interpretada e orientada por problemas, permite assim abstrair padrões de desenvolvimento dos fenómenos e elucidar mecanismos explicativos subjacentes.

Alejandro Portes (cf. 2010: 64) considera este tipo de abordagem processual, que designa de processos de mudança social analisados segundo um esquema de *path dependence*, como um nível descritivo, mais visível e pouco profundo. No entanto, considerámos, exactamente pela sua visibilidade e capacidade demonstrativa, bem como por se prestar aos recursos metodológicos de uma descrição densa (Geertz [1973] 2000) e de uma análise interpretativa com base na estrutura sequencial dos eventos (Griffin 1993), como a forma conceptual e metodologicamente mais adequada de abordar um terreno empírico complexo e sociologicamente inexplorado, para desvelar (*i. e.*, abstrair / construir descritores de) mecanismos sociais situados a um nível mais profundo e menos directamente observável.

Tendo sido escolhido o caso da acupunctura enquanto caso específico ao qual se daria especial enfoque na investigação, procurou-se, de entre a multiplicidade de terapeutas, associações e escolas existente nesta área das MAC, eleger como casos os terapeutas, as associações e as escolas com maior recrutamento e importância na área, do que resultou que, desde o trabalho exploratório, se tenha centrado o maior esforço de observação nas associações e escolas de que são dirigentes Pedro Choy e José Faro, agentes sociais a investigação exploratória revelou terem tido um papel fundamental em todo o processo de institucionalização da acupunctura na área das MAC em Portugal, como teremos oportunidade de demonstrar.

As entrevistas realizaram-se entre 2007 e 2009, num total de vinte e nove entrevistas aprofundadas. A maioria das entrevistas foi realizada a terapeutas e a médicos praticantes de acupunctura, a membros de associações profissionais e a directores de escolas na área das MAC.

Iniciou-se o trabalho de campo a partir da escolha de agentes sociais da área das MAC em cargos de direcção de associações e de escolas que se foram entre-referenciando, num esquema de bola de neve, ou a terapeutas e médicos cuja antiguidade conhecida na área tornava informadores privilegiados. As entrevistas visavam a obtenção de dados sobre o processo de emergência das MAC e da sua institucionalização, privilegiando-se uma metodologia de entrevista aberta e livre, segundo técnicas mais qualitativas (Holstein e Gubrium 1995; McCracken 1998). Assim, para além do recurso a tópicos, utilizou-se um esquema temporal, biográfico e diacrónico, como linhas de orientação das entrevistas. Procurou-se igualmente obter posicionamentos dos entrevistados relativamente ao processo legislativo que culminou na Lei 45/2003 e ao processo de regulamentação da Lei. Ainda noutra linha de questionamento, procurou-se obter os posicionamentos dos terapeutas entre si, de modo a desenhar, em traços gerais, as configurações mais amplas das redes sociais que estavam presentes no espaço social, num esquema analítico inspirado em Norbert Elias, conforme referido no enquadramento teórico.

Num outro eixo de pesquisa, entrevistaram-se alguns terapeutas com consultórios abertos, no sentido de recolher testemunhos sobre problemas associados à prática, sobre as experiências de formação e sobre os posicionamentos destes terapeutas sobre o processo legislativo e de regulamentação da Lei. Esta linha de pesquisa correspondeu a uma fase exploratória e foi pouco desenvolvida, num total de cinco entrevistas aprofundadas.

No que respeita aos médicos entrevistados, foram realizadas três entrevistas aprofundadas, a médicos com práticas de acupunctura, que tinham sido referenciados ao longo do trabalho de campo como agentes da institucionalização da «acupunctura médica». Destas três entrevistas, dois dos entrevistados tinham antiguidade na prática de acupunctura médica, dois pertenciam à direcção dos cursos de «acupunctura médica» dirigidos a médicos existente actualmente em Portugal, dois eram dirigentes da associação profissional de médicos acupunctores e dois pertenciam à Direcção do Colégio de Competência em Acupunctura da Ordem dos Médicos. Estas pertenças cruzadas nos mesmos entrevistados correspondem a diferentes momentos do tempo em que decorreu a investigação, como teremos oportunidade de especificar.

O trabalho de campo apresentou algumas dificuldades específicas. Em primeiro lugar, os agentes sociais em causa, na sua maioria, tinham pouca disponibilidade de agenda e usavam frequentemente este facto para a recusa em concederem entrevistas, do que resultou a necessidade de insistir e, sobretudo, de utilizar a inter-referenciação como estratégia metodológica. Porém, alguns dos agentes sociais revelaram alguma resistência em referenciar outros agentes sociais significativos. Em segundo lugar, os entrevistados procuravam ocultar estratégias sociais em curso e mesmo os seus posicionamentos, quer relativamente ao processo legislativo, quer relativamente aos outros agentes sociais. Alguns entrevistados recusaram a gravação da entrevista, e um deles chegou mesmo a protestar pelo facto de a investigadora tomar notas durante a entrevista. Poder-se-ia argumentar que essas dificuldades estão sempre presentes numa investigação sociológica; a questão é que neste caso essas características foram acentuadas porque a investigação incide sobre um fenómeno social em curso, com forte componente de rivalidade e conflitualidade políticas e económicas, e onde a ocultação por cada um da sua mão, e mesmo de quem são os seus parceiros e adversários, parece ser parte importante das estratégias do jogo. Numa entrevista de grupo numa associação de terapeutas, quase toda a entrevista decorreu com os entrevistados a apresentarem argumentos para que a investigação não se realizasse, avisando: «Não se meta nisso, vai comprar uma guerra!»

Neste contexto, por um lado, à medida que o trabalho de campo avançava procurou-se cruzar informações para testar a sua fidedignidade, bem como para mapear progressivamente as posições relativas entre os agentes sociais envolvidos. Por outro lado, a metodologia de entrevistas qualitativas ganhou outro potencial heurístico com a recolha e a análise documentais, mas também pelo recurso a metodologias de tipo mais etnográfico, como a participação em dois congressos/colóquios organizados pelos terapeutas das MAC

e o recurso a um informador privilegiado, através de quem nos foi possível obter informação e participar em alguns encontros informais entre terapeutas.

Actualmente, a difusão e acesso à informação passa necessariamente pela internet. Uma investigação sociológica já não pode descurar a informação que aí é publicada. Foram pesquisados vários sites de associações profissionais e de escolas, onde se obteve alguma informação que minorou a dificuldade da sua obtenção através de entrevistas. Particularmente nas fases do processo de institucionalização em que o conflito eclodia, sobretudo durante a regulamentação da lei, foi possível encontrar nos sites das associações, e especificamente num fórum online, informação a que seria muito difícil aceder por via de entrevistas. As *newsletters* publicadas pelas associações, de terapeutas e médicos que praticam acupunctura também constituíram uma importante fonte. Foram consultados igualmente sites internacionais na área das MAC, como o site da Organização Mundial de Saúde (WHO), organizações estatais inglesas e norte-americanas de regulação das MAC, e associações de profissionais, de médicos praticantes destas medicinas e de terapeutas.

Outras fontes documentais foram consultadas, como jornais e revistas, documentos oficiais pesquisados nos arquivos da Presidência da República e da Assembleia da República, sobretudo para a análise do processo legislativo. Também foi contactado o serviço de relações públicas do Parlamento Europeu, através do qual se acedeu a documentação oficial na área.

Por último, ao longo de todo o trabalho de campo foi mantido contacto com um agente social com conhecimento aprofundado da área destas medicinas e terapêuticas e que constituiu um informador privilegiado, na compreensão de parte das lógicas discursivas e simbólicas na área e na compreensão de uma parte das redes de relações sociais presentes no campo de investigação. Este informador privilegiado, não sendo ele mesmo um terapeuta, possui uma forte pertença identitária relativamente aos terapeutas e, como os restantes agentes sociais, desenvolvia simultaneamente estratégias de desvendamento e de ocultação de informação. Apesar disso, foi determinante a sua colaboração.

Capítulo 2

Das Definições Práticas à Definição do Objecto Social

2.1. Medicinas Alternativas e Complementares e Biomedicina

Toda a ciência social se encontra na situação de, simultaneamente, lidar com definições que são social e historicamente constituídas e considerar que as definições da ciência social são socialmente reapropriáveis, o que Giddens denominou de «dupla hermenêutica» ([1976] 1996: 17-22). A impossibilidade de encontrar a equação matemática do comportamento humano, ou a definição correcta, será tanto mais evidente quanto o objecto de estudo constituir o lugar de lutas simbólicas, sociais e políticas pela definição, como é o presente caso. Dir-se-ia, com Bourdieu (cf. 1989: 14), que nomear é um acto quase mágico de dar à existência, o que avisa sobre a necessidade de nos determos com cuidado num ponto de vista crítico sobre a nomenclatura empregada na definição do objecto.

Existem actualmente múltiplas definições do objecto empírico desta investigação, em competição pela forma legítima de nomear, quer no espaço social, quer no campo científico. Por outro lado, as definições têm vindo a acumular-se, pois estamos perante um objecto social em mudança, processo em curso desde meados do século XVII em alguns países (como é o caso britânico) até ao actual ritmo acelerado de transformação, o que sugere um objecto fugaz e difícil de apreender.

São vários os autores nesta área de investigação que têm referido a questão da definição. Cant e Sharma (1999) utilizam a designação genérica de «medicina alternativa» concluindo que estamos perante categorias fluidas e que essa indeterminação é uma das suas características específicas, tal como o facto de não constituírem categorias substantivas mas antes negativas ou formais – as medicinas que não são a biomedicina.

O carácter não substantivo da definição e as formulações através de categorias negativas são evidentes na definição de «medicinas não convencionais», que foi adoptada e difundida pela União Europeia e que será adoptada pela legislação portuguesa, na versão de «terapêuticas não convencionais». Alguns autores defendem a noção de «medicina não ortodoxa». Gevitz (1988) pretende que pelo recurso às noções de «medicina ortodoxa» e de «medicina não ortodoxa» se ultrapassem as qualificações que possam minimizar as

«medicinas não ortodoxas» e dá conta, desta forma, da relação existente entre os dois termos.

Segundo este autor, um dos factores de diferenciação entre os dois tipos de medicina reside no facto de que os médicos constituem um grupo profissional organizado enquanto os terapeutas representam uma população muito heterogénea, dividida por diferentes conhecimentos e práticas. Ter-se-á de concordar com Gevitz quando afirma que a característica mais amplamente partilhada pelos terapeutas é a sua exclusão da profissão médica dominante e o facto de não constituírem um grupo profissional.

Num texto mais recente, Gevitz defende as designações de «medicinas ortodoxas» e «não ortodoxas» reiterando o argumento de que estes termos são preferíveis à designação de «medicina alternativa», por serem mais neutros em termos de qualificação. Na definição do autor, «[u]ma teoria médica não ortodoxa é caracterizada por os seus princípios de causalidade e/ou a sua prática desafiam directamente as crenças, o conhecimento e a experiência do grupo dominante de médicos numa sociedade.» (1993: 603). Segundo o autor, quando estas teorias e/ou práticas ganham suficiente apoio público produzem efeitos como o do aumento do número de competidores ou o enfraquecimento da autoridade cultural da medicina ortodoxa (o que poderíamos paroximar do processo de usurpação, acima referido no enquadramento teórico).

Uma das críticas que se pode fazer à noção de ortodoxia é a de, implicitamente, qualificar as «medicinas não ortodoxas» como «heterodoxas». Wolpe (1994) desenvolve esta ideia de heterodoxia, e prefere a noção de heresia, isto porque, segundo este autor, na modernidade avançada a ciência terá usurpado o lugar tradicional da religião enquanto ortodoxia. A confiança nas instituições depende de estas serem representadas como científicas, ou como empregando tecnologias científicas na resolução de problemas. E a aliança entre biomedicina e ciência é particularmente estreita. Wolpe fala da heresia médica moderna, como um subconjunto da heresia científica: a metanarrativa da biomedicina estaria em crise de legitimação sob o ataque das narrativas das medicinas não ortodoxas. Em resposta, estas seriam toleradas pela ortodoxia médica, mas operando a sua incorporação no modelo biomédico através de uma tradução científica. Ora, deixa de haver heresia se houver conversão, se as medicinas não ortodoxas forem aceites mediante uma validação segundo a convenção de verdade científica.

Esta incorporação pode surgir sob diversas formas, mas o autor identifica e desenvolve a forma de cooptação, ou seja, na forma de aceitação das práticas mas não dos

seus profissionais, como sucedeu em vários países com a acupunctura – os médicos conseguiram fazer aprovar leis que lhes conferiam direito exclusivo de praticar a acupunctura, excluindo os acupunctores não médicos. Assim, Wolpe oferece um enquadramento teórico para equacionar a apropriação médica, enquanto em termos definicionais propõe as noções de ortodoxia e de heresia.

No entanto, como refere Nigel Wiseman (2004), os termos de ortodoxia e não-ortodoxia são desadequados, pois o termo «ortodoxo» contém um juízo de valor, já que a raiz grega da palavra significa «correcto». Por outro lado, por exemplo, para os orientais, não há nada de não ortodoxo nos seus sistemas médicos. Ou seja, procurar resolver a questão da definição em busca de uma definição axiologicamente neutra é, obviamente, infrutífero.

Encontra-se em torno deste fenómeno uma pluralidade de denominações, a que acresce a imensa diversidade de práticas, teorias e agentes sociais, que tendem também eles a ser designados por categorias únicas, artificialmente agregadoras. Esta é outra característica do fenómeno social em estudo, mencionada por vários autores (Cant e Sharma 1999; Saks 1992a, 2003; Gevitz 1988; Baer 2004).

Ainda segundo Wolpe (2002), as noções de medicina alternativa ou complementar constituem uma «categoria residual», ou seja, «definida não pela sua coerência interna mas pela sua exclusão de outras categorias da medicina» – de onde a tendência atrás referida para as definições negativas. Uma das primeiras definições que surgiram no campo científico foi a de «medicina marginal» (Wallis e Morley 1976, cit. in Saks 2003), noção com base no estatuto marginal destas medicinas na divisão social do trabalho, dada a sua correspondência com ocupações que tratam e curam doenças à margem da medicina organizada. Embora esta designação tenha caído em desuso, é praticamente consensual que estas medicinas e terapêuticas têm sido definidas em função da sua exclusão da autoridade biomédica. É assim que Saks (2003: 3) afirma que tal como a «ortodoxia médica» é definida com base na sua legitimidade política, a «medicina alternativa» é concebida em termos da sua marginalidade política. Entre os factores de marginalização que servem de indicadores a este autor, encontram-se: o apoio limitado que as MAC receberam de fontes oficiais de financiamento de investigação, a sua exclusão típica do *curriculum* médico, a sua representação menos positiva nas publicações médicas de referência, e as restrições formais impostas à sua prática. Num texto anterior, Saks afirma:

[A] característica chave que distingue tais medicinas ou terapêuticas não é o seu conteúdo comum, mas a sua posição sociopolítica definida como marginal no sistema de cuidados de saúde [...] compreendem todas as práticas de cuidados de saúde que em qualquer ponto específico no tempo não recebem de modo geral apoio da autoridade médica institucional (Saks 1992a: 3-4).

Daí a necessidade de adoptar uma perspectiva histórica, em que a medicina alternativa deverá ser analisada por referência à inter-relação entre esta e o desenvolvimento da profissão médica (Saks 1992a, 2003).

Roy Porter (1989, 1994) refere estas medicinas e terapêuticas sob a designação de «charlatanismo» («*quackery*»). Esta denominação era comum de meados do século XVII a meados do século XVIII em Inglaterra, e incluía todos os praticantes de medicinas, desde os vendedores de remédios milagrosos a praticantes de várias terapêuticas não biomédicas. A inclusão de todo o tipo de práticas não biomédicas nesta categoria única resultava da hegemonia biomédica. Veremos (cf. Capítulo 4) como no caso português o recurso à classificação de «charlatismo» relativamente às MAC apresenta semelhanças com este período histórico britânico, num contexto temporal e espacial totalmente diferente, mas em que o que está em causa é igualmente a manutenção da hegemonia biomédica.

Porter (1994) defende que as denominações de medicina alternativa, marginal, e outras, são termos que dão conta do facto de que determinados praticantes de medicina adquiriram o poder de desenhar a fronteira entre o sistema médico e os desviantes, por meio da autoridade profissional legalizada e da aplicação de sanções. Os médicos vieram a deter autoridade junto do público com base no sistema de credenciação, de escolas reconhecidas, de avaliação pelos pares, de códigos de ética e de organização corporativa. Ironicamente, viria a ser esta situação de monopólio a obrigar os praticantes de medicinas mantidas fora do sistema médico a criarem o seu próprio mercado, surgindo aos olhos do público como comerciantes de curas e terapêuticas, imagem que será manipulada pelos seus concorrentes, os praticantes da medicina sancionada pela lei, com designações como a de «charlatães».

Historicamente, a distinção entre medicina ortodoxa e charlatanismo fundar-se-ia na inclusão ou exclusão profissional e legal, e não em qualquer juízo objectivo sobre a qualidade do tratamento, o seu estatuto científico ou a taxa de sucesso. Isto porque

pelo menos antes da difusão da adopção da anestesia e da cirurgia antiséptica a partir do século XIX ou o desenvolvimento de drogas sulfamidas na década de 1930 e dos antibióticos na década de 1940, os tratamentos administrados pela medicina oficial – tradicionalmente, sangrias, purgas e vómitos – provavelmente não faziam mais nem menos mal do que os da medicina não oficial [Assim,] [...] a distinção entre charlatanismo e

ortodoxia é essencialmente social. Os charlatães são aqueles médicos que foram excluídos do poder e do privilégio profissionais (Porter 1994: 64-5).

Este sistema de poder e privilégio foi, também ele, historicamente constituído:

Desde os tempos medievais que todas as maiores nações europeias desenvolveram sistemas de licenciamento, policiados pelos escalões mais elevados da profissão médica, e em última instância sancionados pelo governo. Durante a era do Renascimento, em particular as maiores cidades italianas possuíam burocracias médicas oficiais, com amplos poderes de regulação sobre a saúde pública e a higiene. No século XVIII, a ideia de «polícia médica» tornou-se popular entre as autoridades em França e na Alemanha: o Estado concedia poder aos médicos autorizados para controlarem os assuntos de saúde, como a quarentena ou o licenciamento de boticários. Ao longo do século XIX, foram concedidos aos médicos ortodoxos ainda mais poderes na saúde pública no seio do Estado. Para mais, desde a Idade Média, os médicos tinham operado através de corporações (guildas) que policiavam a entrada na profissão. Foi assim que emergiu um núcleo oligárquico da profissão, exercendo um quase monopólio de acesso à promoção, poder e favorecimento. (Porter 1994: 65-6).

As corporações de médicos e cirurgiões terão mantido o fechamento do exercício profissional usando como fundamento a protecção do público e a manutenção dos padrões profissionais e, desta forma, conservando o número de profissionais baixo e o custo dos serviços elevado. A manutenção de um baixo número de profissionais era igualmente eficaz na estigmatização e marginalização de outros profissionais médicos (Porter 1994).

Roberta Bivins, que também analisa estas questões numa perspectiva histórica, afirma que a transversalidade cultural da medicina não é um fenómeno recente: encontramos-la desde as mais antigas transacções culturais entre Gregos, Árabes, Egípcios, Indianos, Europeus, etc. O que é recente e actual é o próprio estatuto de «medicinas alternativas»:

Para haver sistemas médicos, teorias, e práticas que possam adequadamente ser vistas como «alternativas», tem que existir uma ortodoxia reconhecida, definível, e pelo menos relativamente estável à qual aquelas se oponham. Uma tal ortodoxia apenas emergiu no mercado médico ocidental no século XIX (Bivins 2007: 171).

No mesmo sentido, a ampla procura destas medicinas não é um fenómeno isolado, já que a aceitação pragmática de uma pluralidade de tipos de cuidados médicos se verifica em várias culturas. À maior procura e ao maior consumo tende a corresponder uma oferta maior e mais diversificada de uma pluralidade de medicinas em disputa pela captação dessa procura. Um aspecto em que podemos detectar algo de inteiramente novo é na tendência crescente para a regulação deste mercado marginal de saúde, tendência emergente desde meados dos anos 1990, nomeadamente na Europa e nos Estados Unidos. A emergência de um mercado com crescente visibilidade e com lucros assinaláveis conduz a que ocorram relativamente às MAC «[o]s mesmos processos interdependentes de regulação e

profissionalização que dominaram a história da medicina ortodoxa do século XIX» (Bivins, 2007: 183).

Neste sentido, Bakx (1991), ao analisar o caso inglês, defende que em vez de nos referirmos ao surgimento da medicina alternativa nas últimas décadas, seria mais adequado falar da sua reemergência depois de um período de «eclipse», o qual teria surgido com a organização da biomedicina em aliança com o Estado e a ciência laboratorial, que ocorreu no final do século XIX na maioria dos países europeus.

Se quisermos traçar um *continuum* de evolução da noção de medicina «alternativa» à de medicina «integrada», passando pela noção de «complementar», tratar-se-á sempre de uma construção ideal-típica. Estas designações, embora possam surgir processualmente, coexistem na actualidade e, uma vez que o mercado destas medicinas é muito diverso, à variedade de designações correspondem diferentes posições face os modos de institucionalização em curso. Segundo Cant e Sharma (1999), tendo em conta o caso inglês, continua a haver grupos de terapeutas que defendem uma concepção alternativa e se posicionam fora do contexto biomédico, seja contestando-o activamente, seja rejeitando qualquer aproximação ao sistema médico dominante por entenderem que tal pode pôr em causa a especificidade destas medicinas, já que a progressiva integração pode significar uma regularização homogeneizadora das práticas, ou mesmo ter como contrapartida a prática terapêutica sob a autoridade pericial dos médicos. No entanto, outros grupos de terapeutas defendem o estatuto de complementaridade e a regulamentação das suas práticas, procurando a legitimação ainda que com custos ao nível da autonomia.

Para o caso britânico, e para alguns outros países, como a Finlândia, a Dinamarca, a Islândia, a Holanda, a França, a Austrália e os Estados Unidos, Cant e Sharma (1999) identificam um primeiro período durante a década de 1970, não só de revivalismo de medicinas alternativas mas também de emergência e difusão de novas medicinas e terapêuticas alternativas. Nesta fase, o movimento é classificado pelas autoras como carismático, no sentido weberiano do conceito, por se caracterizar por estruturas informais de ensino, sem currículos estabelecidos, e ser um movimento baseado na mobilização propiciada por uma euforia com novas formas de espiritualidade associadas a essas medicinas e a estilos de vida alternativos, no recrutamento interpessoal e em relações de mestre-discípulo. Se prosseguirmos na linha de raciocínio das autoras e do modelo weberiano adoptado, poderemos definir a década de 1990 como sendo a da transformação no sentido da burocratização, em que assistimos à promoção das organizações profissionais, à codificação da transmissão do conhecimento e à regulamentação das

práticas, impulsionada por pressões por parte das associações de consumidores, do Estado e das organizações profissionais de médicos e terapeutas. Este modelo pode ser aplicado ao caso português, com adaptações à temporalidade específica do processo em Portugal: a fase de emergência pode ser datada dos finais dos anos de 1970, enquanto a segunda fase teria tido início de finais dos anos 1990 à contemporaneidade.

Além das noções de uso corrente de medicina «alternativa», «complementar», ou ainda o acrónimo – muito utilizado nos Estados Unidos – de MAC (Complementary and Alternative Medicine - CAM), mais recentemente surgiu a noção de «medicina integrada». Segundo Baer (2004), se esta expressão pode referir a integração entre a medicina convencional e a medicina alternativa e complementar, mais frequentemente as noções de medicina alternativa e complementar e medicina integrada são utilizadas de forma intermutável, sendo todas em grande parte construídas a partir da biomedicina.

Smith e Sampson (2008), analisando um levantamento conduzido entre 2004 e 2005 nos EUA sobre 56 revistas de referência médicas ou relacionadas com temas médicos, concluíam que a designação mais comumente utilizada era a de «alternativas». A qualificação «complementar», oposta ao sentido de «alternativa» e conotando uma suposta harmonização com o sistema de saúde estabelecido, tendia a ser utilizada pelos médicos com uma atitude mais hegemónica relativamente à utilização destas práticas médicas. O termo «complementar» terá surgido nos anos 1980, enquanto na década subsequente emerge o termo «integradas». A mudança terminológica pode ser a expressão simbólica da crescente tendência à incorporação no sistema médico estabelecido e à crescente regulação destas medicinas.

Ursula Sharma (1993) refere, com bastante pertinência, que a designação de «medicinas alternativas» – que conota desvio e minorias – se tornou desapropriada com a tendência crescente para o consumo destas medicinas nas últimas décadas. Sharma sublinha que qualquer proposta de um sistema de classificação não poderá deixar de responder à questão do processo de profissionalização das «medicinas alternativas» no Ocidente, onde o ritmo de mudança é tão acelerado que nenhum sistema de classificação dará conta desta realidade se não considerar a sua dinâmica processual. No contexto das sociedades da modernidade avançada, em que estas medicinas se definem actualmente, será necessário analisar o processo pelo qual a hegemonia da biomedicina se mantém e é desafiada, tendo ainda em conta o papel do Estado.

O termo «complementar» tanto pode designar a prática de cuidados de saúde como o seu consumo. Segundo Cant e Sharma (1999), no caso britânico verifica-se um aumento da procura de cuidados de saúde, tanto no sector da biomedicina como no sector em desenvolvimento das MAC. Desta perspectiva, a designação de «medicinas complementares» seria adequada, se considerarmos que os públicos da saúde recorrem aos dois sectores, em simultâneo, nomeadamente tendo em conta o tipo de doença – quando o tratamento pode ser menos invasivo e natural e em casos de doença crónica, área em que a biomedicina apresenta respostas menos eficazes, há uma maior tendência para recorrer às medicinas complementares. Porém, outros autores, como Saks (2003), criticam a definição na perspectiva da oferta e chamam a atenção para o facto de a designação genérica de «medicina complementar» ser inadequada relativamente a medicinas como a homeopatia, que são baseadas em princípios filosóficos fundamentalmente contrapostos aos da biomedicina.

Na perspectiva dos contextos históricos em que as definições surgiram, Cant e Sharma (1999) afirmam que o termo «medicina alternativa» foi o mais comum em Inglaterra até perto do final dos anos 80. À medida que se verificou maior aceitação pelos médicos, ou mesmo alguma convergência com a biomedicina, emergiu e difundiu-se a noção de «medicina complementar» para significar a possibilidade de uma relação mais cooperativa com a biomedicina. No entanto, esta denominação não foi aceite por uma parte dos terapeutas, para quem a utilização do termo «medicina alternativa» reenvia para a ideia de um sistema médico completo e aplicável de modo independente, enquanto o termo «complementar» indicaria uma subordinação à biomedicina.

Já nos EUA, as medicinas ou terapêuticas não biomédicas são comumente referidas como «holísticas», o que actualmente surge como uma denominação equívoca, dado que existem modalidades da biomedicina que reivindicam esta denominação para as suas práticas (Goldstein et al. 1987). Para Cant e Sharma (1999), a noção de holismo pode ser definida como uma prática médica que toma em consideração a totalidade da pessoa e do seu contexto, o que pode ser uma característica de várias formas de tratamento, biomédicas ou outras. Segundo Saks (1992a: 4) as MAC, tal como são praticadas no actual contexto britânico, são essencialmente holísticas, na medida em que são frequentemente apoiadas numa ênfase na estimulação da força vital do indivíduo no seu ambiente social total, com o objectivo de promover a saúde e prevenir a doença. Mas, para o mesmo autor (Saks 2003: 3), por um lado a noção de medicina holística não é de modo algum do domínio exclusivo dos terapeutas, e por outro não se aplica a grupos como o de osteopatas

que usam os seus métodos de modo mecanicista, simplesmente para tratar de dores no corpo.

Existem ainda outras designações. Em França, estas medicinas foram referidas como «medicinas doces» ou «medicinas paralelas», conotando, quer a assunção de que seriam formas de tratamento menos intrusivas e isentas de efeitos secundários, quer o seu estatuto marginal. Na Alemanha, a noção de «medicina doce» também foi adoptada (*sanfte Medizin*) assim como a noção de «medicina natural». O termo «natural», proposto por Inglis ([1980] 1992), refere-se à semelhança dos processos terapêuticos com os processos naturais de cura, desde a potenciação da capacidade de cura do próprio corpo à utilização de medicamentos à base de produtos não sintetizados. Mas esta denominação é pouco utilizada na bibliografia especializada e mais comum entre os terapeutas, podendo ser considerada uma nomeação legitimadora por parte destes em oposição às práticas biomédicas. Um outro exemplo é a utilização do termo de «medicina alopática» para designar a biomedicina. A noção foi posta em circulação por Samuel Hahnemann, que ao desenvolver a homeopatia reforça esta conotação de identidade dos princípios terapêuticos aos processos do corpo, por oposição à denominação de medicina alopática para designar os efeitos nocivos da biomedicina, derivados de uma prática alheia à natureza da doença, e que procura eliminar os sintomas desta por meio de medicamentos de acção bioquímica sem eliminar a sua fonte.

Ainda outra designação possível é a de «medicina tradicional», a qual, conforme nos foi dado observar no trabalho de campo realizado, é preferida por alguns dos terapeutas. Esta também é a designação promovida pela Organização Mundial de Saúde, desde 1976. O papel da OMS na construção das «medicinas tradicionais» será objecto de desenvolvimento num capítulo específico. Por ora, há que reter que no contexto desta organização as «medicinas tradicionais» se referiam às medicinas autóctones dos países subdesenvolvidos e eram apresentadas como uma solução para o acesso aos cuidados de saúde nesses países, sem recursos materiais ou estruturas políticas para estabelecerem sistemas de cuidados de saúde de tipo biomédico – neste sentido, seriam verdadeiramente medicinas «alternativas», não com a conotação de «escolha» ou de «competição», mas sim de «substituição».

A designação de «tradicional» preenche várias finalidades simbólicas, nomeadamente a de legitimação pela tradição tal como descrita por Weber. Poderá, contudo, em contextos de valorização da modernidade, da racionalidade e da inovação, ser conotada negativamente. Ter-se-á, em qualquer dos casos, que adoptar uma perspectiva

crítica, já que faz parte da modernidade avançada a reinvenção da tradição sob novos moldes.

Ursula Sharma (1993) refere as medicinas tradicionais, colocando em questão a correspondência possível entre o estudo das medicinas dos países do «Terceiro Mundo» e o estudo das MAC nos países desenvolvidos, tendo em conta a diferença de contextos. Como afirma, é certo que esses primeiros estudos nos devolveram uma perspectiva crítica, nomeadamente sobre o exotismo e o tradicionalismo que os proponentes e consumidores associam a estas medicinas. Mas também a linguagem da marginalização utilizada para referir estas medicinas reforça essa componente exótica, fazendo dos que a praticam e consomem um «outro» que deve ser estudado ou confrontado, enquanto que nem sempre se reconhece essa necessidade relativamente à biomedicina. Num outro aspecto, sejam quais forem as fronteiras classificatórias que se procure erigir, nas sociedades industrializadas existe uma constante troca de ideias e de informação entre as várias tradições médicas, inclusivamente atravessando a fronteira entre medicina alternativa e biomedicina.

Na área da antropologia médica, quando se compararam diferentes tipos de medicina, surgiram igualmente questões terminológicas, nos contextos de sociedades industrializadas ou em desenvolvimento. Em 1978, Charles Leslie criticava o conceito de «sistema médico», por estar carregado de assunções naturalizadas mas historicamente constituídas:

A concepção genérica de um sistema médico é portanto baseada num único sistema, historicamente recente: um conjunto de escolas ordenado burocraticamente, hospitais, clínicas, associações profissionais, companhias e agências de regulação que treinam médicos e preservam as vantagens para conduzir investigação biomédica, para prevenir ou curar a doença e para cuidar ou reabilitar os doentes crónicos. Desta perspectiva, outras formas de cuidados de saúde estão fora do sistema médico e são usualmente ignorados. Quando não são ignorados, são depreciadas como curiosidades, ou medicina marginal, charlatanismo e superstições (Leslie [1978] 1980: 191).

Para considerar estas medicinas de modo sociológico, há que considerar que «[t]odos os sistemas médicos podem ser concebidos como estruturas pluralistas, nas quais a medicina cosmopolita² é uma componente em relação de competição e de complementaridade com inúmeras “terapias alternativas”» ([1978] 1980: 191). E Leslie conclui que «[a]s profissões de saúde reguladas são a maior fonte de resistência à utilização

² Designação utilizada para a biomedicina, conceito que clarificamos adiante no texto.

racional de “terapias alternativas” para o planeamento, quer nos países industriais quer nos países em desenvolvimento» ([1978] 1980: 194).

A preocupação dos médicos e, por arrastamento, das entidades reguladoras do Estado, com as questões do «charlatanismo», que se apresenta como uma questão ética, é assim uma questão sociológica. Segundo Leslie ([1978] 1980), a bibliografia antropológica sobre praticantes de medicina de sistemas médicos locais demonstra que existem poucos charlatões entre eles. Por um lado, a «medicina cosmopolita» aparenta sempre ser mais científica do que na realidade é; por outro lado, a doença é culturalmente construída e os sistemas médicos são sistemas sociais que dão sentido e forma à experiência da doença. Se os remédios secretos, amuletos e rituais ocupam um lugar na terapia é porque são formas partilhadas social e culturalmente que aumentam as respostas positivas ao tratamento. Por outro lado, existe um efeito que pode ser designado por efeito de placebo, no sentido acima descrito, tal como no sistema biomédico científico se encontram efeitos de placebo mesmo em operações cirúrgicas (cf. Moerman e Jonas 2002: 473). Leslie conclui, sobre este aspecto:

Os praticantes de medicina tradicional e os praticantes de medicina moderna não qualificados dos países em desenvolvimento não são provavelmente charlatões com maior frequência do que os membros de qualquer profissão e a quantidade de «charlatanismo» que praticam é diferente apenas em grau do praticado por profissionais de saúde com formação que adaptam a sua prática à cultura dos seus pacientes (Leslie [1978] 1980: 194).

Num texto anterior ([1976] 1998), Leslie discute a noção de biomedicina, adoptando a noção de «medicina cosmopolita» proposta por Dunn ([1976] 1998), preferida às de «medicina ocidental», «moderna» ou «científica». O conceito pretende dar conta da variação cultural e espacial dos sistemas médicos. Segundo Dunn, mesmo o sistema cosmopolita está sujeito a variações regionais e locais, não é globalmente homogéneo. No que respeita à designação de «medicina científica», para Dunn, se aceitarmos uma noção ampla de ciência pode facilmente ser demonstrado que existem elementos científicos nos sistemas médicos regionais e locais. A diferença será entre uma medicina laboratorial que testa medicamentos e tratamentos em termos intensivos no tempo e uma medicina tradicional em que a eficácia é medida por acumulação de experimentação em processos temporalmente extensivos.

Nestes termos, entende-se por sistema médico o padrão de instituições sociais e tradições culturais que se desenvolvem a partir de comportamento deliberado para aumentar a saúde, independentemente de obter como resultado a cura ou a doença. Os sistemas médicos são classificados por Dunn numa tipologia que toma como referência o

seu contexto geográfico e cultural: a) sistemas médicos locais, onde se incluem as medicinas indígenas, populares e tradicionais; b) sistemas médicos regionais, que compreendem as medicinas fundadas em tradições escolares – ayurveda, unani e medicina chinesa; c) sistema médico cosmopolita, segundo a ideia de que se trata de um sistema médico mundial e não limitado à amplitude ou suporte regional, envolvendo pessoas de todas as partes do mundo.

Charles Leslie ([1976] 1998) adota esta designação de «medicina cosmopolita» e critica outras designações, nomeadamente, rejeita o conceito de «medicina moderna» por se basear numa falsa dicotomia entre moderno *versus* tradicional, que contém uma noção estereotipada de uma modernidade criativa por oposição a um tradicionalismo estagnado, sem mudança e conservador, quando os estudos empíricos revelam que as instituições médicas contemporâneas categorizadas como tradicionais são inovadoras e estão em processo de mudança. Leslie ([1978] 1980) rejeita o conceito de «medicina científica» com base nos argumentos explicitados por Dunn, mas sublinhando ainda que a noção de cientificidade é relativa e deve ser analisada em termos de grau. Os sistemas médicos regionais, tais como a medicina ayurvédica, árabe ou chinesa são científicas num grau substancial, na medida em que envolvem o uso racional de teorias naturalistas para organizar e interpretar observações empíricas, que recorrem a modos codificados de transmissão de conhecimento e a sistemas metodológicos. Somente com base nos critérios da medicina cosmopolita, de maior grau de instrumentalização e estandardização das técnicas, aquelas medicinas podem ser consideradas menos científicas. No entanto, poder-se-á argumentar que mesmo estes elementos diferenciadores identificados pelo autor tendem a surgir actualmente naqueles sistemas médicos, no processo de mudança operado pelas intensas transacções culturais em curso a nível global.

Acresce, segundo Leslie ([1976] 1998), que existem elementos do sistema médico cosmopolita que nada têm a ver com cientificidade, mas com processos sociais e políticos – tais como as políticas de financiamento da investigação ou as estratégias de profissionais que se associam para pressionar determinados resultados em processos sociopolíticos ou, ainda, a rotinização das práticas e outros efeitos de um enquadramento institucional burocrático. Por último, outra designação da biomedicina em uso à época, a de «medicina ocidental», é considerada inaceitável pelo etnocentrismo que contém e por ser um reflexo do colonialismo e do neo-colonialismo.

Mais comum na bibliografia especializada é a utilização do termo de «biomedicina». Mike Saks (2003) afirma que a «medicina ortodoxa» compreende as formas de divisão do

trabalho nos cuidados de saúde que são de modo significativo formalmente legitimadas pelo Estado. No presente, essa ortodoxia no contexto anglo-americano é baseada na biomedicina, um enquadramento para a prática médica amplamente centrado no uso de fármacos e de cirurgia.

Para a sua definição há que considerar que se trata de um objecto social historicamente situado. Segundo Ann Dally (1997), a biomedicina define-se frequentemente enquanto científica, quanto ao conhecimento, ao método e à prática. Valoriza portanto a observação e a medição rigorosas – embora, sendo baseada no juízo médico e na relação médico-paciente, a sua cientificidade não seja total. Nem todas as melhorias de saúde no Ocidente se devem aos avanços científicos, grande parte dessas melhorias decorre de mudanças ao nível da dieta, da melhoria das condições de vida e das práticas de higiene. Enquanto medicina científica, tem maior eficácia no tratamento da doença aguda do que no da doença crónica. A biomedicina está associada a uma indústria farmacêutica com fins lucrativos. O recurso a estes fármacos comporta efeitos secundários frequentemente descurados, mas a doença iatrogénica, decorrente de tratamentos da biomedicina, noção que surge nos anos de 1970 nos Estados Unidos, atinge níveis elevados³.

Arthur Kleinman (1993) critica as denominações de «medicina ocidental» ou de «medicinas tradicionais» por pressuporem realidades sociais homogéneas. Adopta, assim, a denominação de «biomedicina» para enfatizar a estrutura institucional e técnico-científica estabelecida da profissão dominante de medicina no Ocidente e, hoje em dia, globalmente, e por evocar os princípios epistemológicos e ontológicos radicalmente diferentes e específicos a esta forma de medicina.

Referindo-se aos factores dessa especificidade, analisa o contexto cultural da biomedicina. Trata-se de um sistema de conhecimento com um paradigma unitário, único e com base numa verdade universal, com fraca tolerância relativamente a outros paradigmas, por comparação com outras medicinas, seja a ayurveda, a medicina chinesa ou as medicinas populares ou alternativas, mais pluralistas. Outras características da biomedicina são a insistência na base materialista do sistema de conhecimento, o recurso a um raciocínio de causalidade única, o mecanicismo da explicação da eficácia terapêutica e o compromisso

³ Segundo um relatório do Senado americano datado de 1974, realizavam-se nessa época por ano cerca de 2,4 milhões de operações desnecessárias que causavam cerca de 12 mil mortes anuais, mais do que as que se verificavam nas guerras do Vietname e da Coreia. As estimativas da proporção de admissões hospitalares de pessoas com doenças causadas por produtos farmacêuticos variavam entre 10 e 40% do total de admissões (Dally 1997). Ver também Ivan Illich ([1974] 1995), que promoveu a noção de iatrogénese.

com uma ideia de natureza depurada de qualquer interpretação teológica. Na definição biomédica, a natureza é física e pode ser observada, corresponde a entidades que podem ser vistas, o que confere um papel central ao «ver» nas práticas e à biologia, base última e visível da realidade clínica.

No mesmo sentido do que refere Kleinman, esta é uma das características da biomedicina sobre a qual Foucault ([1963] 2005) desenvolveu uma análise da gênese da biomedicina. Até finais do século XVIII, a medicina no Ocidente era sobretudo baseada no estudo livresco. Após a Revolução Francesa, esta tradição foi posta em causa e surgiu uma medicina baseada na observação directa do paciente. Assim nasce a clínica, com o surgimento dos hospitais, do exame clínico e do exame *post-mortem* – uma medicina fundada no olhar que irá favorecer o desenvolvimento e a aplicação dos instrumentos de raio-X, da imagiologia e dos métodos de análise genética, entre outras formas de analisar o corpo humano através do olhar.

Ainda segundo Kleinman, a biologia e a química estão na base da estrutura da patologia e da terapia biomédicas e correspondem aí à verdade, por oposição ao psicológico, ao social e ao moral. Outra característica cultural, devido à orientação societal para a experiência individual, é a sua centragem no indivíduo e no corpo enquanto organismo isolado do contexto psico-socio-cultural.

Esta última característica faz com que a biomedicina tenda a ignorar a experiência da doença pelo paciente assim como à eufemização do sofrimento, que será medicalizado na especialidade da psiquiatria, transformando-se deste modo uma categoria subjectiva e moral numa categoria técnica. O paciente tende a ser construído como objecto de estudo e tratamento com base em dados objectivos, verificáveis segundo procedimentos de medida e de facticidade científica da patologia. É este contexto que favorece que na actualidade, num período em que aumenta o interesse dos públicos da saúde pelos cuidados centrados no paciente, surja uma representação da biomedicina como detendo um *ethos* desumanizado, o que constitui frequentemente um dos motivos dos novos utilizadores das medecinas e terapêuticas alternativas.

O autor afirma que os médicos formados na biomedicina tendem a ser cépticos, nomeadamente tendem a desdenhar os efeitos de placebo, cuja eficácia terapêutica outros sistemas médicos e terapêuticas não ignoram. Pode-se acrescentar que o modelo biomédico de prova procura controlar o efeito de placebo no teste das MAC, como condição da sua

validade científica e terapêutica, ignorando o facto de, nestas medicinas, ele constituir uma componente endógena do processo terapêutico.

Para Kleinman, outra característica cultural da biomedicina é o estar impregnada pela ideia de progresso, com o corolário de uma entronização das capacidades tecnológicas de intervenção terapêutica. Outros sistemas médicos, como por exemplo a medicina chinesa, tendem a ter uma outra noção neste aspecto, entendendo o sofrimento e a morte como expectáveis e inalienáveis, enquanto a biomedicina tende a reclamar o poder de intervir até ao limite, ao ponto de considerar a morte como algo que pode ser medicamente controlável. Deste progresso tecnológico também resulta uma evolução no sentido de minimizar o poder curativo natural do corpo e da natureza, relegado para as franjas da medicina alternativa. Estas, tal como a medicina chinesa, evocam um tipo de tratamento não agressivo do funcionamento natural do organismo, enquanto a biomedicina enfatiza intervenções não naturais com efeitos iatrogénicos. Outra característica da biomedicina, comparativamente a outros sistemas médicos, é o anti-vitalismo. Quer a ayurveda, a medicina grega ou a medicina chinesa, centram-se na ideia de um poder vital, de uma força vital que anima o corpo e o espírito. Por oposição, a biomedicina foi o produto de uma visão do mundo desencantada, objectivada, que não age em função de princípios vitais que possam ser manipulados ou criativamente equilibrados em termos de energia.

Kleinman conclui, assim, que a maioria das características da biomedicina tem de ser interpretada no enquadramento cultural das instituições das sociedades tecnologicamente avançadas. Considera-se, tal como o autor, que a dimensão tecnológica e a valorização da técnica em si é uma das características fundamentais da biomedicina.

No entanto, na utilização das noções de biomedicina e de medicina alternativa e complementar, devemos considerar que não se trata de categorias homogêneas. Esta percepção como categoria homogênea é um efeito social que deriva da profissionalização da medicina e da sua constituição como corpo profissional. Por outro lado, a marginalização de outros sistemas médicos e de outras terapêuticas também é variável no seio da própria profissão médica. Há que favorecer uma perspectiva que dê conta da diversidade, do conflito e da competição na profissão, por oposição à concepção das profissões promovida por autores influenciados pelo funcionalismo, que a equacionam como um todo homogêneo ou uma comunidade.

Para concluir, retomando a questão do contexto de emergência das MAC e considerando o caso britânico, o aumento da procura destas medicinas derivaria de um

crescente descontentamento com a biomedicina, sendo o principal factor de insatisfação os efeitos secundários dos medicamentos farmacêuticos mas também a falta de respostas a determinadas doenças, particularmente na doença crónica (Cant e Sharma 1999; Sharma 1996). Num outro aspecto, segundo Sharma (1992), o mercado da saúde mudou no sentido de os pacientes se tornarem mais ecléticos nas suas escolhas, deixando de haver uma lealdade exclusiva em relação a qualquer sistema de saúde particular. Os pacientes tendem a experimentar várias medicinas e terapêuticas, o que a autora entende como uma característica da sociedade de consumo. Esta interpretação seria limitada, segundo Bivins (2007), na medida em que a investigação nos países não desenvolvidos demonstra essa mesma tendência para os pacientes experimentarem várias práticas médicas – o já referido pragmatismo.

Sharma (1993) acrescenta outro elemento para equacionar as diferenças de utilização segundo os níveis de desenvolvimento, o da existência ou não de um Estado Social. Nos países em desenvolvimento, o facto de quase nunca existir um serviço de saúde garantido pelo Estado constitui mais um factor para o eclectismo pragmático dos pacientes. No contexto actual e nos países desenvolvidos, onde estão consolidados os sistemas de saúde estatais, verifica-se que os pacientes tendem a ser mais críticos em relação ao serviço de saúde que recebem como um direito, mais inclinados a questionar os juízos clínicos, com maior vontade de ter um papel activo na relação terapêutica e com maior confiança nas suas capacidades de escolherem o tratamento adequado. Este modelo de comportamento do paciente verifica-se num número crescente de utentes e, pelo menos para alguns tipos de patologias, como a doença crónica, a área das MAC ganha mercado à área da biomedicina.

Em suma, tendo dado conta da multiplicidade de definições e conceitos, como nomear o objecto de estudo? Tendo em conta que não será possível evitar uma denominação, optou-se pelas noções de «medicinas alternativas e complementares» (recorrendo ao acrónimo de MAC) e de «biomedicina».

Neste aspecto segue-se, em parte, a argumentação de Cant e Sharma (1999). As autoras utilizam o termo biomedicina por ser um termo corrente entre os cientistas sociais, sem que por tal se deva admitir que se trata de um corpo de conhecimentos e tratamentos com unidade ou homogeneidade. O mesmo argumento serve de justificação para a preferência dada pelas autoras à utilização da noção de «medicina alternativa». Concordamos com as autoras, no sentido em que a designação destas medicinas como «alternativas» tanto pode conotar a marginalidade sociopolítica destas práticas, do ponto de

vista do sistema biomédico e da tutela de regulação estatal sobre a saúde, como o seu carácter de periferia «tradicional» no contexto da racionalidade burocrática e tecnocientífica moderna, como ainda a construção e reivindicação de escolhas pelos agentes sociais no quadro dos desenvolvimentos críticos da modernidade tardia – seja no plano da reivindicação por parte da procura do reconhecimento dessas alternativas no quadro dos direitos de saúde adquiridos, seja no da reivindicação por parte da oferta da possibilidade de acesso ao mercado legítimo dos serviços de saúde. No entanto, há que ressaltar que esta designação é a mais comum no meio científico inglês, enquanto a designação de «medicinas alternativas e complementares» é mais comum no meio científico americano e tende a ser utilizado em mais países, na actualidade. Na realidade, elas deveriam ser denominadas de «medicinas alternativas, complementares e integradas» se quiséssemos dar conta de todas as acepções e fases processuais da sua institucionalização nos países mais desenvolvidos. No entanto, utilizaremos a denominação de «medicinas alternativas e complementares» (MAC) por ser a utilização mais generalizada na maioria dos meios académicos e científicos contemporâneos.

2.2. Acupunctura, Medicina Chinesa e Medicina Tradicional Chinesa

Como referido, na presente investigação elegeu-se a acupunctura como a técnica terapêutica das medicinas alternativas e complementares com maior aprofundamento de estudo. Procuramos, neste capítulo, clarificar as noções de acupunctura, de medicina chinesa e de medicina tradicional chinesa.

A primeira clarificação necessária é a de que, tal como as noções anteriormente discutidas, também estas correspondem a utilizações sociais diversas com utilizações estratégicas por diferentes agentes sociais. A acupunctura é uma técnica que será necessariamente enquadrada por um sistema médico, que tanto pode ser a medicina originária da China antiga como a medicina praticada na China moderna ou a incorporada no sistema biomédico. A acupunctura constitui uma técnica onde se cruzam múltiplas utilizações, enquadradas por diferentes sistemas médicos e diferentes interpretações das práticas e finalidades terapêuticas. No entanto, os tipos de acupunctura e as noções de medicina chinesa e de medicina tradicional chinesa como todas as MAC que são originárias de sistemas médicos não ocidentais, constituem-se nas sociedades ocidentais como algo de exterior e exótico, e tendem assim a ser representados como objectos homogêneos.

Num outro aspecto, nos países de origem e no Ocidente, a designação destas medicinas como tradicionais cumpre funções de legitimação, no sentido weberiano. Assim, para além dos elementos de definição destas noções, parece-nos pertinente contextualizar em termos históricos dois movimentos: o da assimilação cultural da acupunctura e do sistema médico chinês pelo Ocidente; e o movimento inverso, de assimilação cultural da biomedicina na China.

A designação de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é aquela que se tornou corrente na contemporaneidade, quer no Ocidente, quer na própria China. Adoptaremos esta noção e não a de Medicina Chinesa. Nigel Wiseman (2004) critica a designação de Medicina Chinesa dado que na China existem diversas medicinas como a mongol, a tibetana e outras medicinas regionais; esta designação tende igualmente a abranger a variante japonesa – cuja designação é a de *kampo* – ou a coreana. O que se designa por medicina chinesa é a medicina da teoria clássica da maior etnia chinesa, que corresponde igualmente a uma dinastia – a Han. Mas também esta tradição médica, promovida e difundida pelas elites culturais numa primeira fase, foi influenciada por várias medicinas populares locais ao longo dos anos. Segundo Francesca Bray (1993), o sistema médico chinês sofreu influências da Índia, do Tibete, da Ásia Central e do Sudeste Asiático, antes das influências da biomedicina. A farmacologia do sistema médico chinês teve muitas das suas substâncias importadas da Coreia, do Sudeste Asiático, da Pérsia, assim como dos mundos árabe e mediterrânico.

Já a designação de Medicina Tradicional Chinesa data dos anos de 1950, quando foi adoptada como designação oficial pela República Popular da China e é hoje uma variante amplamente influenciada pela biomedicina. Veremos mais em detalhe como foi socialmente construída a MTC durante o século XX. Faremos, a título de introdução, um breve resumo deste sistema médico.

A medicina tradicional chinesa inclui a acupunctura, a moxabustão (aplicação de calor nos pontos de acupunctura), a massagem *tuína*, um tipo de exercício específico denominado *Chi-kung* ou práticas mais ancestrais de influência taoísta como o *Qi-Gong*, e uma complexa farmacologia. Segundo Kaptchuk (1983), um compêndio de antiga farmacologia publicado no século XVII incluía 1892 entradas. Destas, 1173 eram ingredientes botânicos, 444 eram ingredientes de origem zoológica e 275 eram derivados de minerais. Não podemos, portanto, confundir a farmacologia chinesa com o herbalismo ou a fitoterapia em geral.

O sistema de diagnóstico é bastante complexo, baseia-se na diferenciação de síndromes e os métodos de diagnóstico podem ser resumidos em quatro actividades clínicas: ver, ouvir, cheirar e tocar. Assim, inclui o diagnóstico com base no odor corporal, na cor da pele, o diagnóstico de vários aspectos da língua, da apalpação do corpo e o diagnóstico do pulso, este último muito diferente e mais complexo que o diagnóstico de observação da pulsação praticado pela biomedicina. O diagnóstico de diferenciação de síndromes é realizado por referência a padrões de doença e a identificação destes padrões requer anos de aprendizagem, uma vez que um único padrão de doença tem muitas variações. As desarmonias que provocam a doença são desarmonias do *qi*. O *qi* pode ser definido como uma energia que percorre o corpo humano através de doze canais internos e dois externos, os meridianos, em relação com os órgãos. O termo original para meridiano (este introduzido pelos franceses no Ocidente) é *jingluo*. O termo *jing* significa «através de» e o de *luo* tem a acepção de «algo que conecta ou junta» ou de uma «rede».

Os meridianos não têm existência na perspectiva cultural ocidental biomédica assente numa perspectiva anatómica, assim como a concepção dos órgãos no sistema médico chinês não corresponde à concepção biomédica e anatómica. A anatomia tal como é conhecida pela biomedicina resulta de pesquisas realizadas em corpos *post-mortem* e a prática de dissecação não encontra correspondência noutras culturas (cf. Kuriyama 1999). Segundo Kaptchuk, os meridianos são os canais através dos quais circulam o sangue e o *qi*, levando alimento e força a todo o corpo. Unificam as substâncias e os órgãos e são essenciais na manutenção da harmonia do corpo. Os meridianos concertam o exterior e o interior do corpo, sendo esta a base para a teoria da acupunctura, de que trabalhando os pontos na superfície do corpo iremos afectar o que se passa no seu interior. O sistema de meridianos está relacionado com os pontos de acupunctura mas também com as substâncias da farmacologia chinesa, três vectores essenciais na elaboração do diagnóstico.

Kaptchuk propõe a seguinte definição de acupunctura, «A ideia básica por detrás da acupunctura [...] é a de que a inserção de agulhas muito finas em pontos ao longo dos meridianos pode reequilibrar as desarmonias do corpo.» (Kaptchuk 1983: 79). Mike Saks, define acupunctura de modo a incluir todas as variantes, como a «inserção de uma ou mais agulhas em vários pontos do corpo com fins terapêuticos» (Saks [1995] 2005: 107). Adoptaremos esta definição, por ser suficientemente abrangente.

Actualmente a acupunctura pode ser praticada com estimulação eléctrica das agulhas ou com recurso ao *laser* em vez da inserção de agulhas no corpo, denominadas *electropunctura* e *laserpunctura*, respectivamente. Ambas as práticas estão difundidas em

Portugal, embora a estimulação eléctrica dos pontos seja uma variante da terapêutica simples com recurso às agulhas. A utilização do *laser*, menos frequente, justifica-se essencialmente por dois motivos – foi referido por praticamente todos os terapeutas entrevistados que na cultura ocidental é frequente que os pacientes temam a inserção de agulhas; foi também possível observar a partir dos discursos de alguns dos terapeutas que recorriam ao *laser* que a utilização desta tecnologia constituía um modo de promover a terapêutica, a substituição de um método artesanal por um método tecnológico adequa-se à cultura tecnocientífica.

A moxabustão, caracterizada pela queima de artemísia que se aproxima dos pontos de acupunctura, estimulando-os por acção do calor, pelas razões inversas e pelo cheiro intenso da queima da artemísia, tende a ser menos utilizada mas é suficientemente utilizada para ser igualmente incluída na definição adoptada. No entanto, excluem-se da definição de acupunctura a acupressão e a injeção nos pontos de acupunctura, por constituírem variações distantes das utilizações correntes na medicina tradicional chinesa.

2.2.1. Acupunctura e Sistema Médico Chinês vistos pelo Ocidente

Segundo Unschuld (1998), datam do século XVI os primeiros contactos mais intensos de europeus com a medicina chinesa, de que foram intermediários os jesuítas portugueses com missões estabelecidas no Japão. Até 1612, quando a Missão Jesuíta é proibida de adquirir e aplicar conhecimentos médicos, os escritos dos missionários incluíam aspectos da prática médica sino-japonesa mas também aspectos filosóficos. Durante o século XVII, o contacto com a medicina sino-japonesa será intermediado por outros europeus, sobretudo holandeses, através da Companhia Holandesa das Índias Orientais.

Para este autor, durante este século e no seguinte, são sobretudo os diagnósticos do pulso e a acupunctura e moxabustão que mais curiosidade suscitam nos europeus, embora a medicina chinesa seja mais vasta, compreendendo várias técnicas de movimento e respiração, massagem e uma farmacologia complexa, incluindo herbalismo. Mas a compreensão do que era observado era filtrada pelas categorias médicas ocidentais correntes à época. Além da interpretação da acupunctura como uma terapia de libertação de vapores, havia descrições ocidentais da acupunctura em que os órgãos afectados seriam directamente penetrados por agulhas ou estiletos de prata, segundo a concepção europeia do corpo e da doença, focalizada no tratamento dos órgãos. As primeiras aproximações à

acupunctura e ao sistema médico chinês revelavam uma sucessão de mal entendidos, para o que contribuía o deficiente conhecimento filológico do chinês e do japonês e traduções desadequadas para o latim.

Nem toda informação sobre a acupunctura e a medicina chinesa foi divulgada por missionários; como escreve Elisabeth Hsu (1989), houve igualmente divulgação através de médicos que viajavam pelo Oriente. O médico holandês W. Ten Rhyne foi o primeiro a publicar uma obra significativa sobre o assunto, em 1683, tendo provavelmente sido quem introduziu o termo de «acupunctura». A referência terapêutica que Rhyne mais desenvolve é a do tratamento da gota. Conforme descreve Roberta Bivins (2000), tal centragem nesta terapêutica compreende-se por esta aplicação terapêutica ter tido uma difusão ampla e ancestral pela área do Sudeste Asiático e porque a gota, a artrite e o reumatismo eram doenças que no Ocidente continuavam a ser concebidas segundo um modelo hidráulico e humoral, resistindo às explicações anatómicas, estas últimas ainda no início da sua difusão e que somente nos finais do século XVIII começariam a impôr-se. Hsu (1989) e Bivins (2000) referem que Rhyne designava os meridianos de vasos (no sentido de veias e artérias) e embora tivesse compreendido que a acupunctura visava um efeito no *qi*, compreendia este como uma espécie de vapor ou vento que seria libertado pela punctura das agulhas, interpretação compatível com a teoria humoral. Também foi responsável pela difusão da ideia de que a acupunctura deveria ser realizada nas partes do corpo onde a doença ou a dor tinham origem e a sua descrição da acupunctura como substituição de métodos de sangria foi interpretada como se esta fosse efectivamente um método de sangria, ideia que, segundo Bivins (2000), persistiu até 1820 nos dicionários médicos.

Bivins (2000) sublinha que Rhyne enfrentava não apenas a complexidade da teoria médica chinesa clássica como uma barreira de linguagem; os textos eram traduzidos da língua chinesa para a japonesa, desta para holandês e, finalmente, para o latim. Ainda segundo esta autora, o interesse suscitado pelo mapeamento do corpo pela medicina chinesa, que Rhyne divulgou, viria a ser substituído pela crescente aceitação do mapeamento anatómico realizado pela medicina ocidental.

Para além da barreira de linguagem, havia barreiras culturais. Como demonstra Kuriyama (1999) a propósito da teoria chinesa do pulso, nas diferentes culturas os modos e os objectos de conhecimento diferiam consideravelmente. A medicina de raiz grega, de forte componente anatómica, procurava apreender a pulsação pela imagem das artérias e do ritmo da pulsação. Os chineses não possuíam uma teoria anatómica das artérias e descreviam o pulso utilizando um estilo alegórico e mesmo poético. A ênfase não estava na

definição abstracta da pulsação mas no treino prático da sensação do tacto. Gallen descrevia a pulsação em termos geométricos, de dimensão, velocidade, frequência e ritmo; a medicina chinesa utilizava uma linguagem metafórica para descrever a sensação do tacto, o diagnóstico assentava não sobre as diferenças da pulsação mas sobre a sensação de toque de um fluxo, que seria o resultado de combinações de oposições: forte ou fraco, vazio ou cheio, flutuante ou afundado, deslizante ou agitado. É assim que mesmo John Floyer, médico inglês do século XVIII que foi o primeiro dos entusiastas europeus da tradução latina do *Mài Jue*, o manual do pulso mais popular na China, considerava os ensinamentos aí contidos simultaneamente obscuros e fantásticos. Avançava, em defesa da medicina chinesa, que eram noções algo absurdas mas que correspondiam ao fenómeno real, e defendia o argumento, ainda actual e recorrente, de que esta seria uma arte fundamentada e comprovada pela experiência milenar.

Também no século XVIII, em 1712, o médico Kaempfer publicou o que, para Hsu (1989) terá sido o relato de maior importância sobre o assunto durante cerca de um século. O seu conhecimento sobre acupunctura e moxabustão fora igualmente transmitido através do japonês. Segundo Bivins (2000), na sua formação obtivera conhecimentos de anatomia e, assim, subestimava a importância dos meridianos na prática da acupunctura. Para esta autora, estes relatos, tal como os de Rhyne, vieram contribuir para uma recepção ocidental da acupunctura como uma técnica terapêutica desligada do seu sistema teórico. Hsu (1989) refere que a fraca aceitação da acupunctura na Europa neste período acontecia num meio social em que o conhecimento médico tinha os maiores avanços ao nível da fisiologia e da anatomia, e a teoria médica chinesa assemelhava-se fortemente ao modelo humoral que, crescentemente, perdia legitimidade.

Segundo Unschuld (1998), em meados do século XIX, o médico francês Pierre Dabry de Thiersant traduziu textos canónicos chineses, contribuindo para o muito interesse pela acupunctura que atravessa o século. Mas este interesse tinha poucos seguidores no meio médico, onde o desenvolvimento das ciências naturais, a recente teoria dos germes e a ênfase no medicamento e na cirurgia como técnicas terapêuticas polarizavam as atenções. Até ao final do século, surgem em França, Grã-Bretanha, Alemanha e Itália experimentações com inserção de agulhas mais próximas da prática original da acupunctura chinesa. No entanto, entre os poucos médicos entusiastas da acupunctura, permanecia um conhecimento livresco e insuficiente que deu lugar a adaptações da técnica que seguiam a regra de inserir agulhas nos pontos de dor. Para além da ineficácia terapêutica resultante, antes dos inícios do século XX, quando se introduziram

técnicas de assepsia, era comum que a perfuração da pele com agulhas produzisse infecções.

Ao descrever a recepção da acupunctura em Inglaterra no século XIX, Bivins (2000) afirma que existia alguma prática médica da acupunctura, mas essa prática só tinha em comum o nome e a inserção de agulhas, em tudo o mais era variável e tinha-se já cristalizado a sua forma, era uma técnica desligada da teoria da medicina tradicional chinesa; isto apesar de haver redes interpessoais de médicos mais interessados que viajavam para França, onde a aplicação médica estava mais difundida.

A primeira obra baseada num conhecimento prático e filosófico aprofundado da medicina chinesa chega à Europa pouco antes da Segunda Guerra Mundial, através do médico francês George Soulié de Mourant, que vivera na Indochina e na China. Os vários volumes de *L'Acupuncture Chinoise*, publicados entre 1939 e 1955, terão igualmente pouca influência no meio médico, no contexto da medicina ocidental em que a descoberta e aplicação dos antibióticos ocupavam um lugar central. Soulié de Mourant, diplomata durante vinte anos, fora aceite na China num meio social elevado, através do qual tivera acesso a alguns dos mais eminentes médicos chineses. A obra que publica na Europa denuncia o simplismo das anteriores concepções da acupunctura. Defende que na verdadeira técnica da acupunctura, a inserção de agulhas fundamenta-se numa concepção de relação entre os órgãos através da circulação de energia vital no corpo, ou *qi*. Foi o primeiro a listar cada ponto de acupunctura e os seus efeitos terapêuticos e forjou o conceito de meridiano, ainda hoje em utilização nas publicações dirigidas ao público ocidental. Quanto aos fins terapêuticos da acupunctura, enunciava o tratamento da dor como principal aplicação, noção que havia de perdurar até aos dias de hoje na percepção mais alargada. Entre as vantagens da acupunctura, enumerava a centralidade do paciente contrariamente à primazia de uma concepção biológica, defendia que a medicina chinesa apresentava as vantagens de não introduzir venenos no corpo e de potenciar os efeitos curativos de medicamentos. Sublinhava ainda o valor preventivo das terapêuticas energéticas relativamente à progressão da doença, ou o que hoje denominamos de doença crónica, reconhecendo as limitações da acupunctura no tratamento de lesões.

A comunidade médica ocidental permanecia relativamente imune ao encantamento pela medicina chinesa. Será necessário que se produza uma aceitação alargada, pública, da medicina tradicional chinesa e da acupunctura e o aumento da pressão económica sobre a oferta para que a medicina científica e tecnológica lhes reconheça legitimidade. Processo que tem início nas décadas de 1960 e 1970, quando se inicia o movimento *New Age*, que

valoriza os tratamentos naturais e a que não falta o fascínio pelo Oriente e pelas culturas não ocidentais, e quando emerge um crescente cepticismo com a medicina de base científica por parte dos consumidores.

Este processo tem um ponto de viragem em 1971, nos Estados Unidos, quando James Reston, jornalista do *New York Times*, publica em primeira página a sua experiência na República Popular da China, onde fora tratado com acupunctura no pós-operatório de uma apendicite, relatando o «milagre» da eliminação da dor. No ano seguinte, quando Nixon se desloca à China, leva consigo uma comitiva de médicos para observar as virtudes terapêuticas da acupunctura, a convite da Associação Médica Chinesa. Os testemunhos que seguidamente chegam ao Ocidente interessam-se pelos fins terapêuticos da acupunctura em pós-operatório mas também na anestesia. Como refere Unschuld (1998), surgem então os primeiros estudos científicos que estabelecem uma relação entre os efeitos da acupunctura e a produção de opióides no sistema nervoso central, que abrem o campo do interesse da biomedicina pela acupunctura. Sintomaticamente, a ponte entre as duas medicinas e a base da sua tradução do sistema médico chinês para o sistema científico da biomedicina estabelece-se nas possíveis aplicações à cirurgia.

Com a mudança política de 1976, de abertura da RPC ao Ocidente, estabelecem-se relações mais intensas também ao nível da medicina. Médicos, curandeiros e leigos deslocam-se à China para adquirir conhecimentos; médicos chineses, com variados níveis de conhecimento da medicina chinesa, emigram para a Europa e Estados Unidos, obtendo rendimentos impossíveis de adquirir no país de origem. Nos inícios dos anos 1990 seria rara a cidade dos países mais desenvolvidos onde não houvesse oferta de tratamentos de acupunctura. Neste processo, a medicina tradicional chinesa, da acupunctura à farmacologia, chegara ao Ocidente. Mas como defini-la? A designação mais corrente nos países ocidentais é a que tem uso corrente igualmente na China, a de Medicina Tradicional Chinesa.

2.2.2. A Construção Social da Medicina Tradicional Chinesa e a Biomedicina na China

A designação de Medicina Tradicional Chinesa (MTC), segundo Volker Scheid (2002), tem o objectivo explícito de gerar uma determinada percepção da medicina chinesa, a de que esta seria o produto homogéneo de um desenvolvimento linear e milenar. No entanto, não existe nem nunca existiu um sistema médico chinês homogéneo e

sistemático; a medicina chinesa tem sido desde sempre caracterizada pela multiplicidade e pela heterogeneidade. Como refere Croizier ([1976] 1998), a própria noção de uma «Medicina Chinesa» só surgiu no século XIX no confronto com a biomedicina, anteriormente não detinha um nome específico conceptualmente agregador.

Existem dois textos canónicos principais, o *Huangdi Neijing* ou *Clássico do Imperador Amarelo*, o mais antigo, e o texto de comentários ao primeiro, o *Nanjing* ou *Clássico de Questões Difíceis*, o segundo texto de referência mais antigo. No entanto, o total de textos tradicionais da medicina chinesa anteriores a 1911 é estimado, segundo Unschuld (1998), em 13 a 15 mil textos. Na tradição médica chinesa, a interpretação dos textos – de que é exemplo o *Nanjing* – constituía uma prática médica em si mesma. O médico chinês era valorizado pelo seu estilo pessoal, nas interpretações dos textos canónicos e na aplicação de conhecimentos práticos específicos para cada doente em tratamento. Como sustenta Farquhar (1992), na medicina ocidental a nosologia⁴ ocupa um lugar preponderante relativamente ao estudo de casos. Pelo contrário, na medicina chinesa o estudo de casos é frequente e faz parte da prática médica: cada médico documenta os casos que trata e os textos de casos são um recurso muito utilizado, normalmente textos canónicos, quer dizer, de médicos ilustres do período pré-moderno e, menos frequentemente, textos de casos mais recentes de médicos de grande reputação.

Este modo de operar relaciona-se directamente com a especificidade do diagnóstico na medicina tradicional chinesa. No Ocidente, o procedimento seria o de eliminação progressiva de causas. No diagnóstico da medicina tradicional chinesa, diagnóstico da diferenciação de síndromes, há uma elaboração progressiva, por aproximação sucessiva, da síndrome e dos tratamentos a aplicar. O processo documentado nos casos é o de negociação e progressiva centragem num caminho terapêutico de entre múltiplas possibilidades. O virtuosismo de um médico chinês está longe de procedimentos de classificação da doença em classes estáticas de síndromes, ou de localização de uma droga adequada num único livro de referência sobre medicamentos.

Assim, como refere Scheid (2002), na medicina chinesa seria muito pouco provável que depois de consultar dez médicos, com anos de prática, não se obtivesse para a mesma queixa de um paciente dez prescrições diferentes. Aliás, a valorização do caso e do estilo pessoal do médico encontra-se na noção corrente de que um bom médico não escreve a mesma receita duas vezes. Esta diversidade não é perturbadora para um chinês como

⁴ Ramo de estudo da medicina de classificação das doenças.

poderá ser para um ocidental. Como afirma Unschuld ([1976] 1998), na cultura chinesa o conhecimento médico não estava restringido aos médicos, pelo contrário, em cada família, um bom filho deveria ter suficientes conhecimentos de medicina para, em caso de doença de um familiar, particularmente de um ascendente, saber escolher entre uma multiplicidade de possíveis prescrições médicas, sendo que a consulta de vários médicos era prática corrente e recomendada.

A pluralidade e a ausência de sistematicidade da medicina chinesa deve, no entanto, ser historicamente situada. Tem na base alguns factores da organização social da sociedade chinesa e da medicina, de entre os quais há a salientar que somente no século XX, particularmente na década de 1950, se fazem notar na China os efeitos centralizadores e padronizadores do Estado sobre a medicina. Antes, não existia um sistema centralizado de saúde e de ensino com autoridade para controlar e definir a forma e o conteúdo da prática médica. Outro factor importante é o de que os médicos chineses faziam parte de uma elite escolarizada, mas

não constituíam uma profissão como a sociologia a define. Não eram organizados, não pensavam em si mesmos como um grupo, e não estabeleciam nem impunham padrões comuns de educação médica, perícia, ou compensação (Sivin 1987: 21).

No contexto da China anterior a meados do século XX, o conhecimento médico fazia parte dos conhecimentos práticos de leigos e, como refere Unschuld ([1976] 1998) encontrava-se distribuído por um vasto leque de praticantes: parteiras, xamãs, padres budistas, hermitas, daoístas, académicos confucianos e médicos estabelecidos ou itinerantes. Segundo Sivin (1987), a elite médica não aceitava uma possível pertença ao vasto conjunto de praticantes de medicina, o que contribuía para que não se constituíssem como grupo profissional. Mais tarde, com o surgimento de médicos formados nos serviços centralizados do Estado, a antiga elite médica não queria ser confundida com estes novos médicos, que via como burocratas.

Segundo Scheid (2002), um outro factor relevante consiste no funcionamento em rede característico da sociedade e da medicina chinesas, em consonância com o sistema tradicional de aprendizagem, de transmissão de conhecimentos entre mestres com elevada reputação e aprendizes. Uma característica resultante de alguns dos factores enunciados, nomeadamente do funcionamento em rede, é a de a medicina chinesa não possuir uma divisão disciplinar, que contribuiria para estabelecer e manter padrões de conhecimento e prática. Em vez de disciplinas, havia escolas que não correspondiam a grupos que adoptassem uma teoria comum e sistemática, antes equivaliam a grupos de pessoas

partilhando algumas ideias e princípios. Como refere Unschuld (1992), destas escolas nunca emergiu uma que fosse dominante e favorecesse um processo de homogeneização. Pelo contrário, segundo Scheid (2002), estas escolas alimentavam o ambiente intelectual caracterizado pela diversidade e atravessado pela polémica, pela discussão de textos, diagnósticos e tratamentos.

A entrada da biomedicina na China, desde o século XIX, é o fenómeno crucial para as alterações que se seguiram. Face a um sistema médico altamente padronizado e tecnologicamente mais avançado, a medicina chinesa iria iniciar um processo de padronização e sistematização para poder competir e sobreviver. É neste sentido que Unschuld (1992) menciona que a partir do século XIX surgem publicações chinesas e ocidentais que procuram apresentar a medicina chinesa como Medicina Tradicional Chinesa. Assim, esta invenção de uma tradição médica assente num sistema de pensamento invariável desde a Antiguidade deve ser vista como o efeito da necessidade de construir um sistema capaz de concorrer com a moderna biomedicina.

Se o encontro com a biomedicina é uma etapa fundamental, Unschuld (1998) descreve o processo de desintegração da medicina chinesa, que se iniciara muito antes do século XIX. Nos finais da dinastia Song (séculos X-XII), de orientação neo-confuciana, encontrava-se já a divisão numa multiplicidade de escolas. O processo de desintegração prossegue nas dinastias Ming (séculos XIV-XVII) e Qing (séculos XVII-XIX). Para o autor (1992), desde o século XVII que não ocorriam inovações na teoria, na farmacêutica e na acupunctura chinesas. Os séculos XVI e XVII denunciam essa estagnação epistémica, altura em que é recuperada a tradição da dinastia Han (202 AC – 220 DC) e são declarados como insuficientes os saberes médicos da tradição Sung-Chiu-Yüan, da duração intermédia dos séculos XIII a XV. No entanto, não será essa recuperação de saberes médicos mais antigos que trava a referida estagnação epistémica, que contribuirá para a recepção da biomedicina. Por outro lado, ainda segundo este autor (1998), alguns aspectos da medicina chinesa favoreciam a hibridação com a biomedicina. A perspectiva bacteriológica, que adquirira recentemente dominância no Ocidente, vinha ao encontro das noções de demonologia presentes nos textos canónicos e da metáfora de guerra desde sempre aí presente, uma perspectiva de poderes maléficos exteriores que penetravam no corpo criando estados de doença. Também ao nível da farmacologia chinesa, após um período de teorização durante os séculos X a XIV, retornava-se a um empirismo que não era muito diferente da relação entre sintoma e medicamento da medicina europeia.

As maiores diferenças entre os dois sistemas médicos eram diferenças culturais, entre uma cultura tradicional e uma cultura científica e progressista. Mas a China ia entrar, a partir do século XX, na fase de mudança social para modernidade, a que corresponde uma aculturação activa no sentido da ciência e da tecnologia.

A modernização será uma mudança gradual durante o século XX. Para Croizier ([1976] 1998), este processo inicia-se com uma tensão entre a necessidade de modernizar e a busca de uma identidade nacional, que atravessa a sociedade chinesa mas que é particularmente intensa no caso da medicina. Scheid (2002) distingue quatro fases deste processo: o período republicano; o da formação da República Popular da China até à Revolução Cultural; a Revolução Cultural; o fim do maoísmo e o início da reforma económica e da abertura ao Ocidente.

Historicamente, o período republicano compreende a tomada do poder pelo Partido Nacionalista, de 1927 a 1946 e a Guerra Civil, entre nacionalistas e comunistas, de 1946 a 1949. Nos anos de 1920 progridem movimentos sociais que denunciam a medicina chinesa como símbolo de superstição e irracionalidade, que desvalorizam tudo o que é tradicional e que dão a maior importância a tudo o que é científico, ideias que marcam o início do «cientismo chinês». A intenção do Partido Nacionalista era a de criar um novo sistema médico, científico mas diferenciadamente chinês. Com esse objectivo decretaram uma regulamentação governamental para uma eliminação faseada da medicina chinesa. Mas os nacionalistas, dentro e fora do governo, continham facções mais conservadoras que denunciam a febre de ocidentalização em nome de um novo patriotismo. Estes grupos irão apoiar o movimento de reforma da medicina chinesa e detinham poder suficiente para conseguir arquivar as directivas políticas anteriores e fundar o Instituto para a Medicina Nacional que nas décadas seguintes, de 1930 e 1940, consegue bloquear inúmeras tentativas de restrição da prática da medicina chinesa. No entanto, nos últimos anos do período republicano, a maioria das escolas e universidades de medicina chinesa seria fechada.

Desde o início que se vai enunciando a fórmula mais consensual para a reformulação da medicina chinesa: a de a preservar sob novos moldes científicos, de realizar uma síntese entre as medicinas tradicional e ocidental. A ideia da realização desta síntese irá atravessar toda a história da medicina chinesa durante o século XX.

Scheid (2002) classifica o período entre a formação da República Popular da China e o início da Revolução Cultural (1949-1965) como o da grande transformação da medicina

chinesa. A modernização é sobretudo operada pela importação de modelos ocidentais de ensino, de organização e de prática. O Partido Comunista Chinês estabelece, em 1950-51, os princípios orientadores da medicina, onde se dá prioridade à síntese entre medicina ocidental e medicina chinesa. Na prática, o Estado inicia processos de credenciação com recurso a exames que exigiam amplos conhecimentos de biomedicina, que vão levar a que muitos médicos chineses fiquem sem direito a exercer e sejam obrigados a frequentar escolas de formação.

Contudo, esta preeminência da biomedicina tem curta duração. Em 1953, depois de uma reavaliação dos recursos em medicina disponíveis na China, proclama-se o valor da medicina chinesa. Havia que utilizar os recursos humanos disponíveis para os cuidados de saúde num amplo território, mas o Estado também não queria suportar uma excessiva dependência da importação de medicamentos e tecnologias. Por outro lado, era necessário controlar os quadros técnicos no contexto político. Em 1954 a medicina chinesa é integrada no sistema nacional de saúde e nos grandes hospitais. No ano seguinte, são os médicos com formação em biomedicina que são obrigados a frequentar cursos de medicina chinesa. Nesse ano forma-se a Academia da Medicina Chinesa, para a qual são chamados a Pequim os médicos chineses mais reconhecidos. A medicina chinesa passa a fazer parte dos currículos da biomedicina e são fundados hospitais de medicina chinesa e universidades em Chengdu, Pequim, Guangzhou e Xangai.

Nos primeiros cursos em medicina chinesa mantinha-se o esquema tradicional de aprendizagem e recorria-se aos textos canónicos. Mas os métodos de estudo revelaram-se incompatíveis com um ensino em larga escala, os textos canónicos eram de difícil compreensão e continham inúmeras contradições, inerentes ao pluralismo em que tinham surgido. Na necessidade de padronizar os conhecimentos médicos, são produzidos os primeiros materiais educativos, os manuais oficiais, publicados em 1958 após dois anos de elaboração sob a supervisão do Ministério da Saúde. Simplificavam-se os textos canónicos, de que eram publicados somente excertos expurgados de contradições e de diferenças de interpretação. Os académicos da medicina chinesa organizavam-se contra o abandono do sistema clássico de ensino, mas a homogeneização e a padronização do conhecimento médico chinês eram irreversíveis. Simultaneamente, a medicina chinesa adoptava progressivamente a organização disciplinar em especialidades. Como conclui Scheid (2002), neste período a medicina chinesa tinha entrado no sistema nacional de saúde e tinha entregado ao Estado o controlo sobre a educação, investigação e prática médicas.

Desde os anos cinquenta que o objectivo de Mao Tsé-Tung relativamente à medicina chinesa era o de criar uma medicina única capaz de servir como medicina mundial e de promover a cultura chinesa. Durante a Revolução Cultural, a integração da medicina chinesa com a biomedicina numa «nova medicina» volta a ser uma prioridade política. No entanto, como afirma Scheid (2002), no ambiente da Revolução Cultural, havia que devolver a medicina ao povo e resolver o problema da falta de médicos no vasto território chinês, em particular nas zonas rurais. Desta forma, a Academia de Medicina Chinesa era fechada, acabavam as publicações não oficiais, assim como as universidades que leccionavam medicina chinesa. Os médicos chineses, dos mais ilustres aos mais desconhecidos, eram enviados para as zonas rurais, onde deveriam exercer num sistema de saúde cooperativo. Para fazer face à falta de recursos humanos, o Estado criava cursos intensivos de seis a oito semanas, muito orientados para a prática médica e onde ingressavam predominantemente jovens com pensamento politicamente correcto, denominados de «médicos descalços».

Estas medidas, segundo Scheid (2002), tiveram dois tipos de efeitos: positivamente, são incorporadas na medicina chinesa práticas médicas locais; inversamente, a medicina chinesa sofre uma drástica simplificação e desaparecem práticas terapêuticas mais antigas. No ambiente da Revolução Cultural, de luta contra a tradição, antigos médicos praticantes da medicina chinesa são sujeitos a humilhações públicas e mesmo a abuso físico. Consultórios e farmácias foram destruídos e as Brigadas Vermelhas apreendiam e queimavam em praça pública os textos clássicos da medicina chinesa.

Mas do esforço de criar uma medicina única que constituísse um «tesouro nacional» resultaram outros efeitos. Sivin (1987) refere que datam da década de 1960 os esforços para descobrir novas terapêuticas, do que resultou, por exemplo, uma ampla aplicação da acupunctura analgésica. Elisabeth Hsu (1996) data do Grande Passo em Frente (1958-59)⁵ a invenção da acupunctura analgésica. Esta terapêutica juntamente com as de craneopunctura e de auriculopunctura, para além de recentes, surgem no contexto dos departamentos hospitalares de prática de medicina chinesa. Hsu sustenta que embora a utilização da acupunctura para fins analgésicos seja tão antiga quanto a invenção da acupunctura, a novidade introduzida no final da década de 1950 foi a sua sistematização como técnica

⁵ Plano económico do governo comunista de Mao Tsé-Tung que pretendia acelerar a industrialização da China. Mao renunciou à Presidência da China e foi substituído por Liu Shaoqi. A reacção de Mao veio em 1966, com a Revolução Cultural.

específica para aplicação terapêutica em pré e pós-operatório, assim como a sua grande difusão e aplicação em pequenas e médias cirurgias:

[A] acupunctura analgésica era uma técnica que podia ser aplicada às cirurgias de estilo ocidental, as agulhas suprimiam a dor na mesma ordem de grandeza em que o corpo podia ser cortado (Hsu 1996: 424).

A amplitude com que a utilização desta técnica cumpria fins políticos é-nos dada pela intensa dramatização e teatralização que se seguiram nas duas décadas seguintes, durante as campanhas políticas maoístas, em que foram convidadas delegações de médicos ocidentais para observar *in loco* como a medicina chinesa era eficaz e científica, em que se enquadra a visita da comitiva de Nixon anteriormente mencionada. Segundo a autora, no final dos anos de 1980 a acupunctura analgésica tinha sido abandonada das práticas hospitalares, o que comprova que cumpria fins políticos.

Quanto à craneopunctura, segundo Hsu (1998), foi descoberta em 1970 e a sua maior difusão data da Revolução Cultural. No texto em que a técnica é oficialmente publicada (de 1984), a medida para determinar os pontos de inserção não é a medida usual na medicina chinesa, os *cun*, mas o centímetro, e este tipo de acupunctura é descrita sem explicações sobre as suas funções e efeitos. As explicações correntes são de tipo neurológico, a punctura de determinadas regiões corresponde ao que se conhecia sobre essas regiões em termos da neurologia biomédica. A craneopunctura veio a ser promulgada como uma medicina, com um enquadramento conceptual próprio, e continua a ser praticada. Como afirma Hsu (1998), na sua difusão nos países ocidentais, as explicações para os seus efeitos e funções são uma amálgama de nervos, hormonas, células, meridianos, princípios de *yin* e *yang*.

Ainda segundo Hsu (1998), a auriculopunctura foi introduzida na China durante O Grande Passo em Frente, mas, surpreendentemente, foi inventada por um médico acupunctur francês, Paul Nogier. Tal como Bivins (2000) descreve, a cauterização da orelha no tratamento da ciática era há muito praticada no Sudeste Asiático, inclusivamente nas zonas colonizadas pelos franceses, e fazia parte da medicina popular europeia no século XX. Assim, esta é uma terapêutica que viaja e é reformulada ao longo de um tempo considerável. Como refere Hsu (1998), Nogier tem a «intuição» da auriculoterapia ao observar a cauterização corrente na medicina popular europeia, tradu-la e interpreta-a. Certos pontos da orelha correspondem a determinadas partes do corpo, segundo o modelo de um feto invertido decalcado na orelha. Como afirma Hsu, o que Noisier denominava de

auriculoterapia tem obviamente muito em comum com a reflexologia⁶. Nogier desenvolve esta terapêutica em meados da década de 1950, em 1958 é publicado um artigo sobre auriculopuntura numa revista científica chinesa, tendo sido oficialmente promulgada e instantânea e amplamente adoptada.

Durante a Revolução Cultural, a investigação e a aplicação terapêutica da auriculopuntura foram intensificadas, já que esta tinha custos mínimos e servia os fins de cuidados terapêuticos no extenso território chinês, em particular nas zonas rurais. Mas, contrariamente às outras inovações deste período, a acupuntura da orelha continuou a ser praticada não somente nos hospitais, sob controlo do governo, mas também em clínicas fora do sistema burocrático do Estado. Segundo Hsu, é a única das três maiores inovações deste período que continua a ser vastamente praticada na China. Para além dos custos baixos, é fácil de transmitir, compreender e aplicar. Há que acrescentar às observações de E. Hsu que a auriculopuntura faz parte do conjunto de terapêuticas que se difundiram no Ocidente com a Medicina Tradicional Chinesa.

Os exemplos citados, para além de serem casos que ilustram como as práticas terapêuticas não servem somente fins medicinais, mas estão em relação com o contexto sociopolítico, servem para a compreensão da relação de intercâmbio que foi estabelecida entre as medicinas biomédica e chinesa, entre as culturas orientais e ocidentais, durante o século XX.

Com o fim do maoísmo, a orientação política vai no sentido das Quatro Modernizações, na agricultura, indústria, ciência e tecnologia. Scheid refere que em 1979 as reformas no sector da saúde abrangiam uma renovada ênfase nos serviços centrais hospitalares relativamente aos cuidados primários e comunitários, a reprofissionalização dos médicos, o reconhecimento da importância da tecnologia, mesmo comportando o custo do aumento de importações dos países desenvolvidos, e o estabelecimento de um sistema de saúde plural. Nos anos de 1980 existiam três tipos de medicina na China: a ocidental, a chinesa e a integrada, recentemente criada. A noção de medicina integrada refere-se à adopção de conceitos, farmacologia e tecnologia ocidentais pelos médicos chineses e, inversamente, à utilização da medicina chinesa pelos médicos da biomedicina. Não se trata de uma verdadeira integração mas da continuidade de uma intenção, de que

⁶ Reflexologia: técnica de tratamento por meio de estímulos numa área reflexa. É o estudo das delimitações destas áreas, assim como as suas funções e aplicações terapêuticas. Pode ser aplicada às mãos, pés, face, íris, crânio, e orelha.

resultou a criação de um sector institucional específico com cursos, publicações, hospitais e associações que, na prática, constitui um sub-sector da medicina chinesa.

Na China contemporânea, os sistemas educativos da medicina chinesa e da biomedicina são independentes, embora interconectados pelos serviços centrais do Estado, de educação e saúde. O acesso às escolas de biomedicina é mais restrito e mais prestigiado e embora os médicos formados em universidades de medicina chinesa, onde a biomedicina faz também parte dos currículos, detenham um estatuto legal equivalente aos de formação em biomedicina e possuam o direito de praticar cirurgia e de prescrever medicamentos de farmacologia ocidental, muitos estudantes finalizam a formação em medicina chinesa para poderem aceder à formação em biomedicina mediante pós-graduação. Já no início do novo século, o Ministério da Saúde separava as fileiras de formação segundo os três tipos de medicina, reservando aos médicos formados em medicina integrada o direito de praticarem simultaneamente medicina chinesa e biomedicina.

Como reporta Scheid (2002), a partir do censo de 1996 realizado pelo Ministério da Saúde é possível verificar que os hospitais especializados em medicina tradicional chinesa constituíam 3,8% do total de hospitais existentes na China. Um número ainda menor de hospitais eram designados como de medicina integrada mas, na prática, verificava-se aí uma quase total independência entre medicina chinesa e biomedicina. Na China contemporânea o apoio governamental à biomedicina é dominante relativamente ao apoio da medicina chinesa, que sobrevive sujeita à cientização, sistematização e ao controlo do Estado. Paralelamente, a standardização da medicina chinesa acelerou durante os anos 1990. Como exemplo, temos a publicação em 1996, pelo Ministério da Saúde, de um sistema de classificação de doenças, de uma terminologia de tratamentos e de padrões de diagnóstico clínico.

Para além da perda das suas raízes filosóficas e da redução da medicina chinesa aos conteúdos técnicos das metodologias terapêuticas, o processo de mudança resultou na dominância do diagnóstico biomédico relativamente ao sistema chinês de diagnóstico diferencial (*biansheng*), mesmo quando posteriormente são aplicados tratamentos da medicina chinesa. Unschuld (1998) refere que em 1995, a edição por um organismo estatal de um Manual Prático de Medicina Chinesa e Ocidental Combinadas faz dessa tendência uma regra a observar. Também a investigação científica em medicina e farmacologia, na China, segue os procedimentos científicos ocidentais. Nos currículos de medicina chinesa contemporâneos reduziram-se drasticamente os conteúdos tradicionais; segundo Fruehauf (1999), a redução é para uma proporção de cerca de 40% do total de horas de formação.

Esta é, finalmente, a forma actual da «Medicina Tradicional Chinesa» depois de um longo processo de mudança.

Elisabeth Hsu (1999), numa investigação conduzida na China nos finais da década de 1980, dá conta da pluralidade da medicina chinesa que se podia encontrar ainda nesta época, mas também do processo de standardização em curso. Encontra três tipos de transmissão de conhecimentos e de estilos de conhecimentos: o secreto, o pessoal e o standardizado. O conhecimento secreto, estudado a partir de um mestre de *Qi-gong*, é transmitido de modo intencionalmente secreto e tem uma raiz taoísta, encontra-se num antigo bairro chinês, os pacientes chegam à prática terapêutica por referênciação interpessoal e a sua transmissão obedece a um esquema de rede e de mestre-discípulo em que o último tem de passar várias fases de aprendizagem, verdadeiras fases de iniciação. O modo de transmissão de conhecimento e prática pessoal, embora tenda a ser subsumido sob o modo secreto de transmissão, diferencia-se por o mentor escolher os discípulos, aproximando-se da prática médica e de transmissão comum entre a elite letrada dos tempos imperiais. Por fim, o modo standardizado corresponde ao modo referido pelos médicos em instituições governamentais para descreverem a sua actividade.

Detenhamo-nos neste último: o modo de transmissão do conhecimento baseava-se fortemente na memorização dos textos dos já mencionados manuais oficiais. Esta simplificação da teoria implica uma aposta forte na prática clínica, nas fases finais do currículo, o que apresenta algumas semelhanças com o modelo biomédico. Hsu afirma que a MTC «está a ser forjada de forma a não contradizer os cânones quer da doutrina médica chinesa, quer da teoria biomédica» (1999: 229). Num outro aspecto, a MTC não é somente o produto dessas duas origens, como escreve Hsu,

Não foi meramente a prática da biomedicina na China que teve impacto na MTC, mas também o pensamento científico Ocidental e a sua prática em geral, e ainda outras ideologias da modernidade tais como o nacionalismo, o Marxismo, e o materialismo (Hsu 1999: 168).

Os manuais de MTC estão impregnados do pensamento dialéctico com essa procedência, os textos canónicos são reinterpretados à luz do pensamento maoísta. É deste modo que asserções como a de que «os opostos de *yin* e *yang* são complementares» conjugam maoísmo e teoria médica tradicional segundo o esquema do materialismo dialéctico. Segundo Unschuld (1985) a valorização da prática, neste caso da prática clínica, faz também parte dessa reinterpretação à luz do pensamento maoísta. Como descreve Hsu (1999), o currículo de MTC em vigor na China, nos finais da década de 1980, compreendia

quatro anos de teoria e um ano de formação clínica. Segundo a autora, cerca de um quarto do currículo estava reservado à história do Partido, Marxismo, Leninismo, línguas estrangeiras e exercício físico; cerca de 50% era dedicado ao estudo da MTC, e 25% a cadeiras de biomedicina.

Para Unschuld (1985) os esforços para criar uma nova medicina tiveram como efeito a perda de fundamentos teóricos da medicina chinesa. Embora nos inícios da década de 1980 tenha sido adoptada uma nova política que permitia a coexistência dos dois tipos de medicina, estava instalada a tendência para tornar científica a teoria e prática da medicina chinesa e envidavam-se esforços para explicar a acupunctura em termos dos conceitos bioquímicos e biofísicos, assim como se procedia a investigações sobre a farmacologia tradicional seguindo os princípios científicos farmacológicos e farmacobiológicos. Sivin escrevia em 1987 que a mudança se estabelecia «em direcção a uma síntese de medicina tradicional e moderna, na qual tudo o que resta da primeira são elementos de técnica» (1987: 28). As suas afirmações, após os processos de padronização a que a medicina chinesa foi sujeita, mantêm-se actuais; resta-nos acrescentar que é essa nova medicina que é conhecida por «medicina tradicional chinesa» (MTC).

Sivin (1987) observa que a biomedicina tende a tornar-se dominante na maior parte dos países e que, neste contexto, o que é de assinalar é o papel que a medicina chinesa tem no sistema oficial da China e a sua crescente difusão no resto do mundo. Como afirma Scheid,

a medicina chinesa já não é um fenómeno puramente chinês. É activamente promovida pela Organização Mundial de Saúde, promovida pelo Estado Chinês, disseminada por médicos chineses para os quais foi passaporte para carreiras no estrangeiro, estudada por vários profissionais da medicina alternativa pelo mundo fora, a medicina chinesa é, desde os anos 1990 um fenómeno global e igualmente um grande negócio (2002: 18).

Com o sucesso da medicina chinesa nos países ocidentais, o interesse económico da Medicina Tradicional Chinesa não é negligenciável. Ainda segundo Scheid (2002), a cooperação internacional é encorajada pelo Estado Chinês e fazem-se esforços no sentido de expandir o mercado internacional de produtos de medicina chinesa, incluindo a farmacologia, mercado que era estimado em cerca de 800 milhões de dólares em exportações para o ano de 2000.

Em suma, no mundo contemporâneo global está criado um mercado para a medicina tradicional chinesa, que por sua vez, tal como existe, foi uma construção político-cultural do século XX que lançou as vias para a sua hibridação com a biomedicina

ocidental, tanto do ponto de vista cognitivo como de organização social e de modos de transmissibilidade adaptados ao desenvolvimento de mercados de larga escala, quer no plano da prestação de cuidados, quer no da transacção de produtos, quer ainda no da formação. E da parte da oferta, há a percepção da existência desse mercado.

Por fim, como afirma Unschuld (1998), continua a não haver um enquadramento explicativo da medicina chinesa, principalmente porque se aplicam abordagens científicas a um conhecimento com uma diferente estrutura conceptual. Se a medicina chinesa na origem não existe como sistema de conhecimento sistemático, e se mesmo no decurso da sua standardização subsistiram modos alternativos de prática e transmissão, também no Ocidente se caracteriza pela pluralidade de grupos, desde as divisões entre os terapeutas que defendem diferentes práticas terapêuticas, aos praticantes da biomedicina que defendem que a legitimidade da acupunctura só pode ter por base teorias fisiológicas, neurológicas ou da endocrinologia.

2.2.3. Acupunctura Médica

Esta variante da acupunctura é relativamente recente. Recorrendo à bibliografia existente sobre esta matéria nas ciências sociais, esta secção remete para a discussão da tradução científica da MTC que se desenvolve na descrição do processo de institucionalização das MAC nos Estados Unidos da América, que tomámos como caso específico por este processo ser aí mais antigo e por a institucionalização estar mais adiantada nesse país (cf. capítulo 3, secção 3.2.1), assim como recuperamos alguns dos elementos avançados no enquadramento teórico e problemática (cf. capítulo 1, secção 1.1). Procuramos, nesta secção, fazer uma introdução àquilo em que consiste este tipo de acupunctura também com base em publicações de instituições médicas que praticam esta variante, assim como a partir da informação recolhida em trabalho de campo junto de médicos acupunctores portugueses.

A acupunctura médica é uma variante que incorporou a investigação científica que se desenvolve a nível mundial sobre a acupunctura e a traduziu para o enquadramento biomédico. Os praticantes desta acupunctura reivindicam para si o estatuto de disciplina científica, por oposição à acupunctura que se pratica no âmbito da denominada medicina tradicional chinesa. Como se pode ler numa publicação da *British Medical Association*, Ordem dos Médicos inglesa que possui uma associação profissional de médicos acupunctores na sua dependência (*British Medical Acupuncture Society* – BMAS):

A imagem do corpo humano da MTC apresenta uma construção de «funções energéticas», opostas à visão do corpo tradicional Ocidental baseada numa estrutura (anatomia) e uma função (fisiologia), com as várias partes operando em conjunto como sistemas de modo mecânico. (BMA 2000:8)

E prossegue-se na diferenciação entre os dois tipos de medicina:

A abordagem «Ocidental» à acupunctura, tal como é praticada no RU, é uma versão não-tradicional baseada nos conceitos modernos de neuroanatomia e fisiologia. Considera a teoria do portão no controlo da dor⁷, actuando por via dos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, em vez da teoria tradicional dos meridianos. (BMA 2000: 9)

Outra definição encontra-se descrita no *Acupuncture Research Report* editado pelo NCCAM (*National Center for Complementary and Alternative Medicine*) do NIH (*National Institutes of Health*) norte-americano. Ao descrever os «mecanismos pelos quais a acupunctura age», adiantam-se explicações biomédicas:

Vários processos têm sido propostos para explicar os efeitos da acupunctura, principalmente os relativos à dor. Acredita-se que os pontos de acupunctura estimulam o sistema nervoso central (o cérebro e a medula espinal) para libertar químicos nos músculos, na medula espinal, e no cérebro. Estes químicos ou transformam a experiência da dor ou libertam outros químicos, tais como hormonas, que influenciam os sistemas auto-reguladores do corpo. As alterações bioquímicas podem estimular as capacidades naturais do corpo para se curar e promover o bem-estar físico e emocional. Existem três principais mecanismos:

Condução de sinais electromagnéticos: os cientistas ocidentais encontraram provas de que os pontos de acupunctura são condutores estratégicos de sinais electromagnéticos. [...] Estes sinais podem dar início ao fluxo de bioquímicos contra a dor, tais como endorfinas, e de células do sistema imunitário para sítios específicos no corpo que estão lesionados ou vulneráveis à doença.

Activação de sistemas opióides: A investigação demonstrou que vários tipos de opióides podem ser libertados no sistema nervoso central durante o tratamento com acupunctura, aliviando assim a dor.

Alterações na química do cérebro, sensação, e funções corporais involuntárias: Estudos demonstram que a acupunctura pode alterar a química do cérebro, alterando a libertação de neurotransmissores e neurohormonas.

Também foram documentados resultados segundo os quais a acupunctura afecta as partes do sistema nervoso central relacionados com a sensação e as funções corporais involuntárias, tais como as reacções imunitárias e processos pelos quais são regulados a pressão sanguínea, o fluxo sanguíneo, e a temperatura do corpo.⁸

⁷ No original «*gate theory of pain*». Esta teoria considera um mecanismo hipotético segundo o qual existe um portão através da qual os impulsos da dor viajam através do sistema nervoso central ou caminhos formados por nervos. Por vários tipos de estimulação, como a acupunctura, produzem-se impulsos que chegam rapidamente ao cérebro e bloqueiam a sensação de dor.

⁸ <http://nccam.nci.gov/health/acupuncture/#1> (acesso em Junho de 2007). Este documento, sem data de publicação, já não está disponível online. Em Outubro de 2010 constam neste site definições de acupunctura próximas das da MTC, e não se encontraram dados sobre as explicações biomédicas da acupunctura.

Nas entrevistas realizadas aos médicos da actual Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura (SPMA), assim como em registos de encontros desta associação, definia-se a acupunctura médica por oposição ao «modelo tradicional» como acupunctura segundo o «modelo contemporâneo».

Um médico da SPMA, Dr. João Pires da Silva, em entrevista realizada em 2009⁹, além de distinguir o «modelo contemporâneo» pela sua cientificidade e explicações neurofisiológicas do *modus operandi* da acupunctura, acrescentava uma diferenciação segundo o diagnóstico, sendo a acupunctura médica realizada por um diagnóstico médico com base no sintoma e não por um diagnóstico próprio da MTC, ou seja, o diagnóstico por diferenciação de síndromes (cf. a introdução a este Capítulo e a secção 2.2.2).

Na definição da médica Helena Pinto Ferreira, em entrevista de 2008¹⁰, então Vice-Presidente daquela associação:

[A acupunctura] contemporânea, digamos que nós avançámos do ponto de vista científico e há muita coisa que se conseguiu otimizar, houve muita investigação, de maneira que deixamos para trás aquilo que não interessa e vamos aproveitar aquilo que interessa e que estamos a melhorar com a medicina em geral. [...] Chama-se contemporânea para se distinguir um bocadinho da tradicional, é precisamente o aproveitamento dos dados científicos e funcionar em relação a esses dados, não ficar só preso àqueles dados tradicionais...

E acrescentava:

[Q]uem é que pode aprender a parte contemporânea? Quem tem noções de neurofisiologia... portanto, quem tem conhecimentos médicos consegue lá chegar, quem não tem conhecimentos médicos, não consegue lá chegar.

No site da SPMA pode ler-se:

[A] Medicina Contemporânea começa a abrir as portas à Acupunctura em algumas áreas. Actualmente estudos clínicos controlados na dor crónica estão a ser realizados e cada vez mais, publicações de estudos científicos rigorosos (muitos deles em revistas médicas ocidentais) têm revelado alguns mecanismos causais que estão por trás do efeito da acupunctura (como por exemplo, libertação de endorfinas, serotonina, cortisol).¹¹

A partir destas definições podemos retirar algumas conclusões. Em primeiro lugar, trata-se de uma apropriação biomédica da técnica da acupunctura, que revela o «pragmatismo médico»¹² de «utilizar o que funciona» dentro do enquadramento teórico da

⁹ Entrevista n.º 28.

¹⁰ Entrevista n.º 20.

¹¹ <http://www.spma.pt> (último acesso em Outubro 2010).

¹² Segundo a Antropóloga Cristiana Bastos, em comunicação pessoal no âmbito da co-orientação da presente dissertação de Doutoramento.

biomedicina. Neste sentido, na entrevista realizada ao Dr. João Pires da Silva, este médico comparava a aplicação médica da acupunctura à utilização da aspirina para defender que a finalidade da medicina é a cura e que se utilizam os meios disponíveis. Em nosso entender, este pragmatismo deve ser entendido como uma prática corrente entre os médicos, mas também enquanto dispositivo discursivo que justifica a apropriação biomédica da acupunctura. Nesse sentido, estamos perante uma tradução científica de um sistema médico para outro.

Em segundo lugar, em termos simbólicos, estabelece-se uma diferenciação entre os sistemas biomédico e a MTC que assenta na legitimidade da prova científica e da pericialidade com base científica, própria das sociedades tecnocientíficas, que podemos sistematizar do seguinte modo:

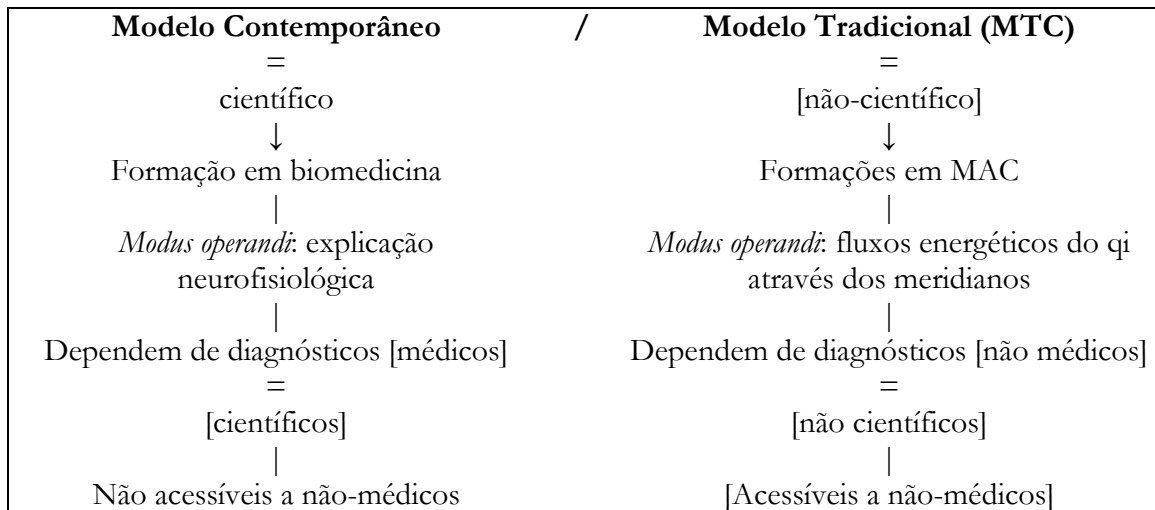


Figura 2 - Análise estrutural do discurso médico sobre a acupunctura médica.

Kevin Dew (2000) analisa o caso dos médicos acupunctores na Nova Zelândia e identifica os termos do debate no qual se procurava estabelecer uma fronteira entre a acupunctura médica, a acupunctura praticada no enquadramento das MAC e mesmo entre a acupunctura médica e a biomedicina em geral. Especialmente relevante é o tema da eficácia: só se poderia aplicar a acupunctura a um número limitado de doenças, com o corolário de que a acupunctura médica não ameaçava o monopólio da biomedicina.

De modo congruente com o esquema de análise acima exposto, Dew refere que um argumento recorrente para a defesa da acupunctura médica no contexto deste debate era o de que a aplicação desta técnica não devia ser deixada nas mãos de «charlatães», devendo estar restrita a quem possuísse formação médica em anatomia e fisiologia e estivesse em

condições para fazer um diagnóstico «adequado». De modo a manter a fronteira entre a prática biomédica e as práticas profissionais das MAC, os médicos acupunctores apresentavam-se como adoptando técnicas de acupunctura mas rejeitando a filosofia da MTC. Mas também se estabelecia a fronteira com a biomedicina em geral, o espectro de aplicação da acupunctura era reduzido a um número restrito de doenças e sintomas em áreas em que a biomedicina não obtinha sucesso¹³.

De modo análogo, Saks (1992b, 1994, [1995] 2005, 1998) e Cant e Sharma (1999) referem a redução a um leque restrito de condições patológicas de eficácia terapêutica, como uma das formas através das quais se opera a apropriação biomédica ou incorporação. Para Saks, para tal que concorre ainda a diferenciação técnico-científica da acupunctura biomédica da acupunctura tradicional, bem como a criação de formações pós-graduadas. Este autor, Baer (2004) e outros (cf. capítulo 3, secção 3.2.1) referem como característica da variante biomédica da acupunctura, a substituição do enquadramento teórico de origem pelo enquadramento biomédico, o que permite a apropriação da acupunctura enquanto técnica e a sua incorporação biomédica. Nos meios biomédicos utiliza-se frequentemente as definições de aplicação da acupunctura do *National Institutes of Health* norte-americano que resultam de investigação de tipo científico da biomedicina (NIH 1997).

É assinalável a semelhança entre os casos estudados por estes autores e o que pudemos constatar no caso português (cf. capítulo 1, secção 1.1. e capítulo 3, secção 3.2.1), pelo que podemos deduzir alguma universalidade de problemas e homologia ou difusão de estratégias argumentativas e práticas, nos países ocidentais em que se pratica a variante médica da acupunctura.

Linda Barnes (2005) refere a acupunctura médica como o resultado de um processo de hibridização, num movimento entre a cultura Ocidental e a MTC, promovida pela República Popular da China. Segundo afirma, os acupunctores europeus, especialmente na variante da acupunctura médica, aprendem duas linguagens de diagnóstico, a biomédica e a da MTC, e movem-se entre ambas; esta última utilizada de modo secundário, enquanto a primazia é dada à biomedicina, sistema médico dominante no Ocidente. O mesmo se aplica à variante de acupunctura médica que encontramos em Portugal, tendo em conta os currículos de formação pós-graduada promovidos pela SPMA, a qual na sua primeira edição era constituído pelos seguintes módulos curriculares:

¹³ Cf. capítulo 4, secção 4.1.1, dedicada à Ordem dos Médicos e à SPMA, como esta restrição das aplicações da acupunctura médica se aplica igualmente ao caso português.

- I - Modelo tradicional
- II - Fisiologia tradicional
- Teoria do Yin-Yang
- Teoria dos Cinco Elementos
- As substâncias vitais
- Teoria dos Órgãos Internos
- III - Anatomia Tradicional
- Abordagem geral da Teoria dos Canais e Colaterais
- IV - Etiopatogenia tradicional
- V - Técnicas de Acupuntura e moxibustão
- VI - Diagnóstico tradicional
- Métodos de diagnóstico
- Canais e pontos de Acupuntura
- Diferenciação de síndromes
- VII - Princípios de tratamento, selecção e combinação de pontos
- VIII - Modelo contemporâneo de Acupuntura
- Bases anatómicas e agentes bioquímicos - sistemas de modulação
- Agentes bioquímicos
- Mecanismos de acção e investigação clínica
- IX - Auriculopuntura
- X - Tratamento da dor com Acupuntura
- XI - Modelo contemporâneo de Acupuntura
- Tratamento da dor e síndromes funcionais - aplicação de agentes físicos.¹⁴

No curso mais recente promovido pela SPMA, no currículo para o ano lectivo de 2010/2011, podemos encontrar uma maior componente da variante biomédica ou «modelo contemporâneo», mantém-se a aprendizagem dos princípios da MTC mas é muito maior a componente dedicada ao denominado «modelo contemporâneo», como podemos verificar nos três primeiros módulos curriculares, de formação de base:

Módulo 1: Este Módulo inicial será dedicado à contextualização da prática da acupuntura nos sistemas médicos ocidentais. Neste Módulo serão abordados os seguintes temas:

- Aspectos médico-legais relacionados com a prática da acupuntura em Portugal
- Atribuição da Competência em Acupuntura Médica pela OMP
- História da acupuntura no Oriente e Ocidente
- Conceitos Básicos da Medicina Tradicional Chinesa
- Indicações e contra-indicações da Acupuntura
- Precauções de segurança e efeitos adversos da acupuntura
- Introdução às técnicas de punctura
- Introdução à electro-acupuntura

Módulo 2: Após o Módulo inicial, este Módulo destina-se a apresentar a forma como a Acupuntura exerce os efeitos terapêuticos. Neste Módulo serão abordados os seguintes temas:

- Revisão dos conceitos de anatomia e neuro-fisiologia necessários para a prática da acupuntura
- Descrição dos mecanismos de acção da acupuntura, segundo os conhecimentos

¹⁴ O currículo desta pós-graduação estava ainda disponível online em Outubro de 2010 em: http://sigarra.up.pt/icbas/disciplinas_geral.FormView?P_CAD_CODIGO=AC100&P_ANO_LLECTIVO=2005/2006&P_PERIODO=A

científicos actuais

- Diagnóstico e tratamento das síndromes miofasciais por acupunctura

Módulo 3: Após o segundo Módulo, altura em que são apresentados os conceitos científicos em que se baseiam os efeitos terapêuticos da Acupunctura, este terceiro Módulo é dedicado à aprendizagem de como se pode utilizar a Acupunctura para influenciar o funcionamento do Sistema Nervoso Autónomo e do Sistema Endócrino, e como usar esses efeitos no tratamento de patologia funcional de órgãos internos.

Neste Módulo serão abordados os seguintes temas:

- Revisão da anatomia e fisiologia do sistema Nervoso Autónomo

- Revisão da anatomia da extremidade cefálica, tronco e membros

- Localização e punctura dos principais locais neuro-reactivos com efeitos na regulação da actividade do Sistema Nervoso Autónomo e Endócrino

- Tratamento com acupunctura de patologia funcional de órgãos internos.¹⁵

A partir da análise destes dois currículos, podemos, concluir que entre 2003 e 2010, da primeira formação à formação mais actual em «acupunctura médica» promovidas em Portugal pela SPMA, ocorreu uma evolução de uma variante híbrida para uma variante mais diferenciada e especializada, em que o enquadramento biomédico é largamente preponderante.

Uma explicação sociológica para esta evolução reside na maior necessidade de diferenciação da acupunctura médica relativamente à medicina tradicional chinesa, que, como veremos, não foi legalizada no processo de institucionalização das MAC em Portugal. Como procuraremos demonstrar, a eliminação da MTC do reconhecimento legal foi uma das estratégias médicas para a apropriação da técnica da acupunctura de modo a poder ser incorporada no sistema biomédico. Desde o processo legislativo que veio a resultar na publicação da Lei de Bases das Terapêuticas Não Convencionais em Agosto de 2003 à regulamentação da Lei, ainda em curso, os profissionais da Medicina Tradicional Chinesa sempre reivindicaram o reconhecimento legal deste sistema médico concorrencial.

A evolução da «acupunctura médica» em Portugal revela assim dois tipos de estratégias: uma estratégia ofensiva de incorporação biomédica da técnica da acupunctura, que visa uma usurpação de parte do mercado da saúde das MAC, mercado informal e ainda não totalmente reconhecido pelo Estado mas que os profissionais das MAC procuram transformar num mercado legítimo com base na norma legal; e uma estratégia defensiva de diferenciação relativamente às MAC, mais especificamente, relativamente à MTC, que podemos considerar reactiva relativamente à possível usurpação de parte do mercado médico legítimo pelos profissionais das MAC.

¹⁵ O currículo desta pós-graduação estava disponível online em Outubro de 2010 em: http://www.fcm.unl.pt/gepg/index.php?option=com_content&task=view&id=406&Itemid=424

Capítulo 3

Processos de Institucionalização

3.1. Dados para a Análise da Institucionalização do Mercado das Medicinas Alternativas e Complementares

Um dos argumentos mais comumente utilizados na área de estudos sobre as MAC para explicar a difusão destas é o da pressão da procura. A regulamentação e a progressiva institucionalização destas medicinas e terapêuticas, apesar dos entraves colocados pelas organizações profissionais da biomedicina, acabaria por suceder por força da crescente procura pelo público. Neste capítulo, apresentaremos alguns dados sobre a procura em Portugal e nos outros países desenvolvidos escolhidos para comparação, assim como alguns dados que permitem avaliar, em parte, a dimensão destes mercados¹⁶, embora os dados relativos aos mercados que avançamos não se restrinjam a este capítulo.

A institucionalização destes mercados teve início na década de 1970 nos EUA e difundiu-se para os países mais desenvolvidos a partir da década de 1980 (Baer, 2004). Em Portugal, a sua institucionalização iniciou-se em finais da década de 1970 mas a oferta era ainda muito reduzida nessa altura, só a partir de meados da década de 1980 é que a oferta cresce de modo mais significativo. Na década seguinte e já neste século podemos dar conta da existência de um mercado consolidado.

Em Portugal, como noutros países, o processo de difusão da procura foi liderado pelas camadas sociais com maior poder de compra, e parece estar relacionado com esse mesmo poder de compra de forma estreita. Num outro aspecto, como procuraremos demonstrar, no processo de institucionalização em Portugal, a regulamentação destas medicinas e terapêuticas em instâncias supra-nacionais e a pressão social e política exercida pelos profissionais – médicos e terapeutas – e as suas organizações constituem outros factores com capacidade explicativa, embora este processo sociopolítico deva ser analisado em relação com a institucionalização deste mesmo mercado.

¹⁶ Existem ainda poucos estudos que permitam avaliar a dimensão destes mercados.

A comparação de diversos inquéritos realizados ao nível nacional em diversos países coloca alguns problemas. Primeiro, os estudos tendem a ser realizados em diferentes épocas, de acordo com o próprio processo de institucionalização nos diversos países. Podem ter sido realizados pelas agências oficiais de estatística, por outras instituições do Estado especificamente criadas para avaliar este fenómeno social, ou ainda pelos meios de comunicação social ou por organizações de representação dos consumidores. Tanto podem ser função da percepção de um aumento da preocupação pública com a questão, em que se inclui a pressão de grupos específicos no sentido de validar a existência de um problema, como podem resultar de um processo legislativo ou de regulamentação em curso.

Outro dos principais problemas destes inquéritos resulta da definição muito variável do que são as medicinas e terapêuticas alternativas e também da diversidade de indicadores de prevalência. No que se refere a estes últimos, encontramos três tipos de indicadores, de uma medida mais lata e abrangente a uma medida mais restrita:

- a) Prevalência ao longo da vida: utilização pelo menos uma das medicinas ou terapêuticas, das definidas no inquérito, pelo menos uma vez ao longo da vida;
- b) Prevalência no ano anterior: utilização de pelo menos uma das medicinas ou terapêuticas definidas no ano anterior ao da inquirição;
- c) Prevalência de recurso a um terapeuta no ano anterior: que refere igualmente à utilização no ano anterior ao do inquérito mas mede o recurso à consulta de pelo menos um terapeuta.

Sendo medidas diferentes, apresentam, como é óbvio, resultados igualmente díspares e de difícil comparabilidade.

Quanto à definição das terapêuticas e medicinas alternativas e complementares, como referimos, é muito variável, tende a considerar definições muito amplas, desde medicinas alternativas pertencentes a sistemas médicos específicos e diferentes do sistema biomédico, a práticas terapêuticas avulsas que podem nem implicar o recurso a terapeutas profissionais. Por vezes, a definição é tão abrangente que estaremos perante serviços e consumos cuja inclusão na definição de medicina ou terapêutica alternativa é discutível, como é o caso do consumo de suplementos alimentares, das dietas para emagrecimento, da participação em grupos de auto-ajuda, da prática da oração ou mesmo consultas de psicoterapia. Em síntese, os dados disponíveis e a sua comparação fornecem algumas tendências sobre a procura destas medicinas e terapêuticas, mas a sua comparabilidade é muito limitada.

Em Portugal foram realizados dois inquéritos nacionais¹⁷ com uma distância temporal de 15 anos. Em 1992, a Revista *Pro Teste*, da Associação Portuguesa para a Defesa do Consumidor (DECO), realizou um estudo a nível nacional para conhecer a utilização do que designavam por «terapias paralelas», onde se incluíam 35 terapêuticas, definição que apenas excluía «as terapias cujo cerne do tratamento é o dom espiritual ou religioso»¹⁸. Embora incluísse a homeopatia, as mais conhecidas pelos respondentes eram a acupunctura, as medicinas naturais ou naturopatia, o ioga com fins medicinais e as terapias dietéticas ou macrobióticas.

Tal como no inquérito de 1992 da *Pro Teste*, foi também muito ampla a definição utilizada na sondagem da Marktest para o DN e a TSF em 2007, cuja pergunta-chave era muito geral, sobre a utilização de «terapia alternativa ou não convencional», sendo dados como exemplos a acupunctura e o ioga na formulação da pergunta, mas a publicação refere que outras terapêuticas são utilizadas, tais como meditação, massagem oriental, reiki e programas de auto-ajuda¹⁹.

No inquérito de 1992, a prevalência de utilização ao longo da vida era de 8%. Em 2007, esta prevalência era de 15,5%. Da comparação destes valores podemos concluir que nesses 15 anos o consumo aumentou, embora seja impossível determinar com que intensidade, visto que não se comparam exactamente as mesmas medicinas e terapêuticas, e que as duas definições são igualmente amplas (e de algum modo indeterminadas). Podemos supor, no entanto, que em 2007 a difusão é significativa e representa já uma fracção não negligenciável da procura de bens e serviços de saúde. Apesar disso, os valores são relativamente baixos quando comparados com os registados em outros países, tendo em conta que estes inquéritos medem o indicador mais abrangente de prevalência, o de utilização ao longo da vida.

Em 1992, os utilizadores mais frequentes situavam-se no intervalo de idades 30-49 anos; em 2007 a maior prevalência registava-se entre os 18-54 anos, enquanto a menor prevalência se situava a partir dos 55 anos. Mais significativa é a maior utilização entre as camadas com maior instrução, já que em 1992 se verificava uma «proporcionalidade directa» entre escolaridade e prevalência ao longo da vida, sendo que esta variável pode esconder uma correlação entre os estratos sociais mais elevados e a maior prevalência. Em 2007, os dados apontam no mesmo sentido: sem utilizar o indicador da instrução, o estudo

¹⁷ Nas duas publicações destes estudos não são apresentados dados sobre a representatividade e as margens de erro das sondagens.

¹⁸ *Pro Teste*, «Terapias Paralelas», n.º 118, Setembro de 1992, p. 19.

¹⁹ *Diário de Notícias*, «Portugueses ainda aderem pouco», 4 de Dezembro de 2007, p. 11.

revela que a classe média alta e a classe alta registavam a maior prevalência ao longo da vida, com valores de 26,5%, enquanto classes economicamente menos favorecidas registavam uma prevalência de utilização ao longo da vida de somente 10,7%.

Ambos os estudos se centram, de modo diferente, na questão dos custos para o utilizador. O estudo de 1992 compara os preços das consultas para concluir que uma consulta num terapeuta tinha um custo equivalente à consulta em regime de prática privada de um médico. O estudo de 2007 avança com a inquirição quanto à inclusão destas medicinas e terapêuticas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) ou em regimes participados, obtendo respostas positivas de 82,3% e 84,4% da população, respectivamente. Estes dados indiciam que a procura estará contida por motivos de custos e que o mercado tem potencial de crescimento, em função do poder de compra ou da participação nos custos.

Por último, da comparação dos dois estudos podemos concluir que é nas zonas do país mais urbanizadas e economicamente mais desenvolvidas que é maior a prevalência: Grande Porto, Grande Lisboa e Litoral Centro, em 2007; Região de Lisboa e Vale do Tejo, Norte e Centro do País, segundo a agregação geográfica de 1992²⁰.

É portanto nas áreas geográficas e nas camadas sociais onde concorrem maiores níveis de instrução, de informação e de poder de compra que se verifica uma maior procura. Esta tendência verifica-se igualmente em outros países, para os quais dispomos de dados relativamente às características sócio-demográficas dos utilizadores. Temos ainda de considerar que a procura pode constituir mercados de saúde com um valor considerável nos maiores agregados urbanos, o que tem um efeito não somente no mercado mas também na percepção social e política da relevância destas medicinas e terapêuticas, factor significativo no processo de institucionalização.

Quando se procura avaliar o consumo destas medicinas ou terapêuticas, os inquéritos nacionais conduzidos por Eisenberg et al. (1993, 1998) nos Estados Unidos são citados de modo recorrente. A definição das medicinas e terapêuticas em estudo utilizada pelos autores (Eisenberg et al. 1993) é pouco clara, refere-se a uma investigação exploratória em que se teriam encontrado dezasseis medicinas ou terapêuticas mais utilizadas pelos norte-americanos que não fossem ensinadas nas escolas médicas oficiais nem disponíveis ao público nos hospitais, sem especificar quais as medicinas ou

²⁰ Os resultados foram agrupados em cinco grandes regiões – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. A importância da região Norte pode portanto dever-se ao facto da zona do Grande Porto não se encontrar discriminada.

terapêuticas em causa. A mesma definição foi utilizada no inquérito nacional de 1997 (Eisenberg et al. 1998) e menciona-se a utilização de medicinas alternativas e complementares (MAC) como a acupunctura, a homeopatia, a quiropraxia, a medicina herbal, medicinas tradicionais, terapêuticas como massagem, técnicas de relaxamento, cura espiritual, hipnose, curas energéticas, dietas, suplementação alimentar e grupos de auto-ajuda. Trata-se de uma definição muito ampla de medicinas ou terapêuticas alternativas e complementares que influi certamente nos níveis de prevalência encontrados.

O indicador de prevalência utilizado é mais restrito do que o dos inquéritos portugueses, pois refere-se à prevalência de utilização apenas no ano anterior à inquirição. Os resultados indicam uma prevalência de 33,8% em 1990 e de 42,1% em 1997. Em 1990 e em 1997, o número das visitas a terapeutas era superior ao de visitas a médicos de cuidados primários de saúde no país. A despesa em consultas de medicinas e terapêuticas alternativas e complementares, sem qualquer comparticipação, era próxima da despesa total pela população americana em hospitalizações em 1990, e excedia-a em 1997. Dada a representatividade da amostra, os autores extrapolavam para o total da população norte-americana um aumento de 47,3% de consultas a terapeutas entre 1990 e 1997.

Este resultado indicava uma reorientação dos públicos da saúde do sistema biomédico para a procura de medicinas e terapêuticas alternativas e complementares, o que levaria a um acréscimo da preocupação por parte dos poderes públicos mas também por parte das associações profissionais de médicos, quanto à importância destes novos padrões de consumo e destas medicinas ou terapêuticas.

Atendendo a estes resultados, há a possibilidade de o processo de institucionalização seguir um esquema clássico de estabilização da procura depois de uma fase de difusão mais acelerada. Tendo em conta esta hipótese, há que considerar a questão dos custos destes consumos, que se encontra em estreita relação com o perfil socioeconómico dos utilizadores. Neste aspecto, o quadro desenhado pelos inquéritos nacionais vai de encontro ao padrão que se encontra noutros países desenvolvidos e que como vimos foi também encontrado em Portugal: maior prevalência entre os indivíduos com níveis de instrução mais elevados, que tendem a ter correlação com níveis de rendimento igualmente mais elevados. Há que ter em conta que as consultas ou a utilização de medicinas ou terapêuticas alternativas não são, na maioria dos países, comparticipadas. No caso norte-americano, segundo Eisenberg et al. (1998), considerando a comparticipação pelos seguros de saúde, em termos de valores, a despesa total em serviços de medicinas ou terapêuticas alternativas em regime de comparticipação era avaliada na ordem dos 32,7 mil

milhões de dólares em 1997. Para esse ano, a despesa em consultas a terapeutas em regime de não participação estimava-se em 34,4 mil milhões de dólares, valor equivalente à despesa estimada para o total da população americana em todos os médicos americanos no regime não participado.

Outros dados estão disponíveis para o Canadá, Austrália e Japão (Dixon 2008a)²¹. No primeiro destes países, a prevalência ao longo da vida era de 73% para o ano de 1999, enquanto a prevalência de utilização no último ano variava entre 12% e 20% em 2005. Na Austrália, a prevalência ao longo da vida estimada em 2002 era de 60%. O Japão, apresentava uma das mais elevadas prevalências no último ano, considerando os adultos, de 66% a 75% em 2002.

A nível europeu, considerando Noruega, Alemanha, França, Holanda e Reino Unido, encontramos prevalências superiores às registadas em Portugal e dados que corroboram o que anteriormente descrevemos quanto ao perfil dos utilizadores.

Segundo Anna Dixon (2008a), as prevalências ao longo da vida na Noruega, estimadas em 1997, eram de 34%; na Alemanha, a prevalência no último ano avaliada por um inquérito de 2002 atingia o valor de 56%, o que pode ser relacionado com a mais antiga institucionalização da prática terapêutica dos *Heilpraktiker* (cf. capítulo 3, secção 3.2.4).

Em França, uma sondagem nacional de 1985 (Bouchayer 1991), recorrendo à definição mais lata, revelava uma prevalência ao longo da vida de 49%. No que se refere aos grupos socioprofissionais, a prevalência era mais elevada entre o pessoal dos serviços, em particular entre os mais qualificados. Na Holanda, mas considerando uma prevalência mais restrita, a da utilização no ano anterior ao do inquérito, um estudo nacional publicado em 1988 (Visser 1991), estimava em 13,5% a população que recorrera a estas medicinas ou terapêuticas, população situada nos grupos de idade 30-59 anos, com níveis de instrução mais elevados e coberta por sistemas de seguros de saúde. Segundo um inquérito nacional de 1986 (Sermeus 1991), a prevalência ao longo da vida na Bélgica era de 31%.

Para o Reino Unido, existem essencialmente dois inquéritos de referência, o inquérito da BBC (Ernst e White 2000), realizado em 1999, e o inquérito Omnibus, realizado no ano de 2001 (Thomas e Coleman 2004). Em ambos os inquéritos verifica-se o já mencionado problema de uma definição muito ampla, agravado pelo facto de as categorias não serem exclusivas.

²¹ Não temos, no entanto, dados sobre as medicinas ou terapêuticas incluídas nos estudos citados por Dixon (2008a e 2008b), Bouchayer (1991), Visser (1991) ou Sermeus (1991), nem sobre a representatividade das amostras.

O inquérito da BBC de 2000 recorreu ao indicador mais restrito de prevalência de utilização no último ano, obtendo valores de 20% da população, a qual tende ao perfil de utilizador encontrado em outros estudos: indivíduos com idades entre os 34 e os 64 anos, de classes sociais mais altas e com elevados níveis de instrução. As medicinas ou terapêuticas consideradas incluem herbalismo, aromaterapia, homeopatia, acupunctura e acupressão (agregados na mesma categoria), shiatsu, medicina chinesa, tai chi, qi gong, massagem, reflexologia, osteopatia, terapias florais, terapias de cristais, reiki, ioga, quiropraxia, técnica de Alexander, hipnoterapia, terapia pela arte, musicoterapia e irrigação do cólon. Deste vasto conjunto, ressaltava a maior utilização de: medicina herbal (84%), aromaterapia (51%), homeopatia (42%), acupunctura/acupressão (34%), massagem (14%), reflexologia (14%), osteopatia (9%) e quiropraxia (6%). Os autores extrapolavam, a partir da representatividade da amostra, para uma despesa anual em medicinas ou terapêuticas alternativas e complementares de aproximadamente 1,6 mil milhões de libras, em regime não participado, segundo valores de 1999.

O inquérito Omnibus, de 2001, utiliza a medida mais restrita de todas, a de prevalência de utilização no último ano implicando consulta de um terapeuta. Com base nesta definição, estimava-se a utilização por 10% da população, relativamente a uma longa listagem de medicinas e terapêuticas: osteopatia, quiropraxia, homeopatia, acupunctura, medicina herbal, massagem, aromaterapia, reflexologia, cura espiritual, terapia nutricional, shiatsu, reiki, medicina tradicional chinesa, terapias energéticas de frequência tais como radiestesia, meditação transcendental, hipnoterapia, naturopatia, ayurveda, técnica de Alexander, iridiologia, cinesiologia e terapêuticas agregadas em «outros». Segundo os dados obtidos, 6,5% da população tinha utilizado pelo menos uma de cinco medicinas alternativas: osteopatia, homeopatia, acupunctura, quiropraxia, e medicina herbal (esta com percentagens de utilização de cerca de metade das medicinas mencionadas). O perfil do utilizador mais frequente, mais uma vez, era o de classes sociais com mais elevados níveis de instrução e rendimento e, tendo em conta a agregação em grupos de idades, era no grupo de 25-54 anos que se registavam as mais elevadas frequências de utilização.

Como referido, o indicador de prevalência do inquérito Omnibus é muito mais restrito, já que considera a utilização de medicinas ou terapêuticas alternativas apenas quando haja recurso a consulta de profissionais destas áreas. Por isso a aromaterapia, que não exige orientação pericial para a sua utilização, obtém valores muito elevados no inquérito da BBC, que não se verificam no inquérito de 2001. O mesmo raciocínio pode ser seguido para o consumo de produtos herbais. A diferença entre os dois inquéritos reflecte

afinal a tendência para estes produtos poderem ser utilizados em regime de auto-medicação.

Para uma melhor compreensão dos dados apresentados, temos de considerar os regimes de comparticipação, que variam consideravelmente entre países. Segundo Dixon (2008a), existem apenas três países com comparticipação total pelo sistema nacional de saúde: China, Coreia do Sul e Vietname; e somente dois países onde o sistema nacional de saúde comparticipa de modo parcial: Alemanha e Reino Unido. No caso do Reino Unido, a homeopatia está parcialmente integrada no *National Health Service* (NHS) desde 1948, enquanto outras medicinas e terapêuticas estão disponíveis em alguns serviços do NHS desde que se obtenha uma referenciação médica ou que sejam serviços oferecidos por médicos a par com cuidados de saúde primários de tipo biomédico, mas não estão disponíveis em todas as unidades de saúde pública. Segundo Dixon (2008b), em 2000 cerca de 58% das unidades de cuidados de saúde primários ofereciam medicinas alternativas e complementares aos utentes; num estudo divulgado em 2002, estimava-se em 66% as unidades de saúde primária com oferta pública destes serviços. Na Alemanha, a referenciação médica também é necessária e a cobertura pelo sistema nacional de saúde não é comparável às mais favoráveis condições do Reino Unido, segundo Dixon (2008b) um estudo de 2002 indicava que 43% dos utilizadores de MAC tinham recebido comparticipação por via de referenciação médica enquanto os restantes tinham feito despesa sem comparticipação. No entanto, a maioria dos sistemas privados de saúde alemães fazem reembolso da naturopatia (através dos *Heilpraktiker*).

Na Noruega, o sistema nacional de saúde oferece cobertura limitada apenas para a quiropraxia. No Canadá, existem planos de cobertura pelo serviço público em algumas províncias, desde que os terapeutas estejam oficialmente reconhecidos. Quanto aos sistemas de comparticipação de seguros privados, estes estão disponíveis na Alemanha, como referido e, na Holanda, segundo Dixon (2008b), a maioria dos sistemas privados de saúde comparticipam algumas das mais reconhecidas MAC, como a acupunctura, a homeopatia, a osteopatia e a quiropraxia. Nos Estados Unidos, à excepção da quiropraxia para a qual é frequente o reembolso, a cobertura é limitada, sendo muito baixa a comparticipação. No Japão, os seguros nacionais de saúde reembolsam parcialmente ou na totalidade a acupunctura, moxibustão, *kyampo* (acupunctura japonesa), massagem tradicional japonesa, judo e medicina herbal.

Estes dados sobre os regimes de comparticipação, embora gerais, sugerem que há uma forte contenção da procura em função dos rendimentos e dos custos, tendo em conta

a relação entre as mais elevadas prevalências e os regimes de comparticipação, pelos sistemas públicos de saúde ou pelos regimes privados de seguros.

Sobre os objectivos analíticos enunciados no início deste texto, e em conclusão, o mercado das medicinas e terapêuticas alternativas e complementares constitui um mercado com potencial considerável na área da saúde, nos países a que fizemos referência. Este mercado parece ser condicionado pela dimensão da população de cada país com poder de compra e maior acesso à informação, o que explicaria a tendência para uma estabilização da pressão da procura após uma primeira fase de difusão. O efeito da pressão da procura sobre o processo de institucionalização dependerá portanto da dimensão da população que corresponda ao perfil do utilizador em cada país, ou seja, da estrutura da procura efectiva interna; mas também da dimensão da procura potencial, isto é, da população com aspirações ao consumo de produtos e serviços de medicinas e terapêuticas alternativas e complementares mas sem capacidade económica para se constituir como procura efectiva, nas condições de mercado existentes. Esta limitação poderá alterar-se com o próprio processo de institucionalização, com a pressão dos públicos constitutivos da procura efectiva e da procura potencial e de outros grupos de interesse no sentido da comparticipação destes serviços, mas também das iniciativas políticas do Estado, ou mesmo dos sistemas privados de seguros de saúde.

Como referido, a institucionalização deste mercado em Portugal, comparativamente a outros países, é algo tardia. No entanto, quando esta questão se tornou relevante em Portugal, vários factores se conjugaram para que se desse início ao processo de constituição de um sistema de normas formais para a legalização e regulamentação. Nesta fase, já existia legislação internacional e supra-nacional, os terapeutas tinham-se organizado ao longo dos anos anteriores, quer os terapeutas quer os médicos estavam organizados em associações profissionais. E estavam também conectados com associações e instituições internacionais, através das quais obtinham formação mas também informação, nomeadamente sobre o mercado potencial das MAC. Propomo-nos desenvolver a análise destes factores, actores e estratégias no processo de institucionalização em Portugal em capítulos posteriores.

Por último, os dados dos inquéritos apresentados revelam os problemas de comparabilidade destes estudos, problemas que se verificam ao nível de um mesmo país e que se complexificam quando se procura realizar comparações internacionais. Assim, denota-se a necessidade de estabelecer padrões de inquirição que possam ser utilizados pelos vários Estados. Não existe, que se saiba, qualquer projecto nesse sentido. A estabelecer padrões de inquirição, teríamos de considerar a necessidade de o fazer em

quatro dimensões: definições de medicinas e terapêuticas alternativas; indicadores de prevalência; indicadores de despesa pelos consumidores; indicadores sócio-demográficos.

Na dimensão da definição de medicinas e terapêuticas alternativas, a diferenciação mais importante será entre medicinas que implicam recurso a pericialidade e as que dão a possibilidade de consumo em sistema de autonomia de utilização. No que se refere aos indicadores de prevalência, parece-nos ser aconselhável a uniformização, com a utilização conjunta dos dois indicadores de prevalência, ao longo da vida e no ano anterior ao do inquérito. Seria também útil que, considerando a utilização no ano anterior ao da inquirição, se obtivessem dados quanto à despesa média, com e sem comparticipação. Por fim, será preferível a utilização de ambos os indicadores de níveis de instrução e de rendimentos porque, embora se encontrem correlações fortes entre ambos, têm diferentes interpretações.

3.2. Enquadramentos Internacionais das Medicinas Alternativas e Complementares

Quando consideramos o processo de institucionalização num país, como é o caso da presente investigação, no mundo globalizado contemporâneo, há que considerar os contextos mais amplos. Procuramos, neste capítulo, apresentar esses contextos, sobretudo tendo em conta que quando decorre o processo de institucionalização da norma formal em Portugal já existiam orientações por parte da Organização Mundial de saúde e da União Europeia que influenciaram as tomadas de decisão no processo português. O caso norte-americano é igualmente apresentado por se tratar do caso com maior antecedência e cujo processo de institucionalização se encontra mais desenvolvido, daí que seja uma referência para os restantes processos de institucionalização das MAC nos restantes países mais desenvolvidos.

3.2.1. O Processo de Institucionalização nos Estados Unidos

O caso dos Estados Unidos da América merece especial destaque, quer devido à antecedência e à mais longa duração do processo de institucionalização e ao investimento em entidades específicas na área das MAC, quer por estar mais desenvolvida a reflexão em torno das questões relacionadas com a validação científica

das MAC, permitindo-nos fazer uma introdução a esta questão que se coloca na generalidade dos processos de institucionalização das MAC.

Para Hans Baer, um dos antropólogos americanos da área da medicina que mais tem trabalhado sobre as MAC, a acupunctura faz parte das MAC semi-profissionalizadas (Baer 2004). A par com a medicina oriental e a acupunctura, encontram-se a naturopatia, a quiropraxia e a osteopatia. Estes quatro tipos de medicina encontram, nos Estados Unidos, maior institucionalização. Neste país, a osteopatia adquiriu um nível de legitimidade elevado, ao ponto de o autor considerar que, actualmente, constitui uma variante da medicina convencional.

Baer (2004, Baer et al. 1998) considera a existência de um movimento para a profissionalização nas MAC e que algumas destas podem ser definidas como semi-profissionalizadas, segundo duas dimensões: a) a sua organização em associações profissionais, capazes de pressionar os poderes, médico e político, no sentido da sua legitimação; b) a institucionalização destas medicinas no mercado da saúde e a sua legitimação, traduzida no licenciamento destas práticas médicas em vários Estados ou, como no caso da osteopatia, ao nível nacional.

Na perspectiva que adoptámos na presente investigação, os dois indicadores mencionados por Baer são dois factores essenciais no processo de institucionalização. A organização dos terapeutas em associações é uma das condições para agirem sobre o sistema de regras, estabelecerem-se enquanto competidores e obterem capacidade de pressionar o Estado no estabelecimento de uma institucionalização ao nível da norma formal. Esta, indicará que o processo de institucionalização chegou a uma fase avançada e que, mesmo que a codificação na lei possa ser alvo de contestação entre outros grupos ou associações ou ao nível informal das regras e das relações sociais, o processo terá atingido um novo patamar na passagem ao instituído.

Mas detenhamo-nos nas características e na posição que ocupa a acupunctura, nos EUA, segundo Baer. Um dado relevante é o facto de, considerando o período inicial do processo de institucionalização na década de 1970, a acupunctura ser, de entre as várias MAC, a que recruta mais adeptos entre os médicos de biomedicina, (McQueen 1985 in Baer 2004). Segundo Pearl e Schillinger (1999 in Baer 2004) estimava-se que existissem em 1995, nos EUA, dez mil acupunctores licenciados, dos quais cerca de um terço eram médicos.

Em termos do mercado de formação existe uma vasta oferta, nomeadamente de cursos de curta duração. Estes cursos permitem aos médicos adquirir as competências técnicas necessárias à prática das MAC sem incorporar o corpo epistemológico correspondente, o que é particularmente notório no caso da acupunctura. Aliás, mesmo entre os acupunctores que não são licenciados em biomedicina, a prática da acupunctura pode ter por base formações longas (cerca de 5 anos) em instituições educativas de MTC, ou apenas essas formações mais curtas, especificamente em acupunctura. A estas formações acrescentam-se, a partir da década de 1990, a oferta de pós-graduações em instituições educativas de MTC que possuem maior legitimidade. Para Baer, a incorporação das medicinas alternativas na biomedicina pode ser observada pela sua introdução nos currículos de escolas de biomedicina. Em 2002 havia 81 faculdades, num total de 125 faculdades de biomedicina, que ofereciam formação em MAC, como disciplinas opcionais, como disciplinas obrigatórias, ou ambas. Nas universidades de Harvard, Cornell e Columbia, os currículos apresentavam esta formação como obrigatória. Acrescente-se, à formação universitária, os cursos de curta duração, workshops e conferências que surgem em grande quantidade no meio profissional da biomedicina, dirigidos a médicos e a outros profissionais da saúde.

A constituição de um mercado de formação e a sua expansão para as escolas com maior legitimidade reconhecida pelo Estado e em termos de públicos constitui outro indicador do maior grau de institucionalização das MAC. As formações de curta duração e a sua expansão reflectem um processo de apropriação da acupunctura enquanto técnica terapêutica, sem o enquadramento de origem da medicina chinesa.

Mas a apropriação da acupunctura não se restringe à apropriação da técnica terapêutica num enquadramento biomédico, como a realizada pelos médicos. Linda Barnes (1998), com base em observação etnográfica na área de Boston, identifica uma variante de apropriação da MTC entre terapeutas não-chineses que denomina de psicologização das terapêuticas chinesas. No contexto americano, onde, segundo a autora, a verbalização dos sentimentos é como que uma norma pública, surge entre alguns acupunctores uma apropriação da noção de doença enquanto bloqueio energético, específica da medicina chinesa, numa diferente interpretação, em que o bloqueio do *qi* é concebido como um bloqueio emocional. A psicoterapia constitui assim uma forma de enquadramento da relação terapêutica para os acupunctores no contexto cultural dos Estados Unidos. As observações de Barnes são ainda indicadoras de que a área da Psicologia, provavelmente devido à sua posição relativamente marginal por referência à profissão médica, é bastante

permeável à integração de terapêuticas das MAC, o que se verificou, durante o período da presente investigação, estar a suceder igualmente em Portugal, embora não se tenha desenvolvido essa linha de investigação por estar fora da delimitação da investigação.

Ainda segundo Baer (2004), nos Estados Unidos, durante o século XX, até por volta da década de 1970, os médicos adoptaram uma forte oposição às MAC. Daquela década em diante, a par com a emergência e consolidação das noções de holismo na área da saúde (e no contexto mais geral do movimento *New Age*) o que se verifica é a sua progressiva apropriação, ou incorporação na biomedicina. Mas, se as associações profissionais dos médicos procuraram erguer barreiras à vulgarização das MAC, também surgiram alguns médicos que, enquanto pioneiros, foram introduzindo noções das MAC na biomedicina. Mas estes «pioneiros» na área médica foram antecidos pelos profissionais da saúde que ocupam posições subordinadas no sistema profissional da biomedicina, como os enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que constituíram a vanguarda que engrossou o que o autor designa por «movimento holista da saúde». Este mesmo movimento está em curso em Portugal, sobretudo nas áreas da enfermagem e da fisioterapia, como nos foi dado observar e de que daremos conta na presente investigação em alguns indicadores, embora não seja uma questão que tenhamos desenvolvido autonomamente.

Como anteriormente referido, desde o século XIX que as MAC surgem nos Estados Unidos, e o processo da sua difusão é mais intenso desde a década de 1970. Em 1992, um mandato do Congresso criou o *Office of Alternative Medicine* (OAM) sob a tutela do *National Institutes of Health* (NIH), o organismo federal que tutela e regula toda a área da saúde. O objectivo do novo organismo seria o de aprofundar o conhecimento sobre as MAC, em termos científicos e de informação pública. A actividade desenvolvida inclui conferências, publicações e financiamento para investigação sobre a eficácia destas medicinas e terapêuticas.

Este organismo foi sucedido em 1999 pelo *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), com objectivos mais ambiciosos. O financiamento destes organismos progrediu de 3,5 milhões de dólares em 1993 para 114,1 milhões de dólares no ano de 2003. No início, esta entidade era quase exclusivamente constituída por membros da biomedicina, mas a situação evoluiu para uma maior inclusão de terapeutas a partir de 1999, com a criação do NCCAM. A investigação financiada, no entanto, mantém um enquadramento biomédico: em 2004, o NCCAM financiava dezassete centros de investigação sobre MAC, dos quais apenas dois não pertenciam ao sistema biomédico.

A criação deste organismo estatal já na década de 1990 e o elevado crescimento do financiamento das actividades descritas são significativos do grau de institucionalização das MAC neste país, tanto mais quanto é o Estado que se constitui como regulador de um mercado em expansão. Noutra aspecto, o enquadramento biomédico da investigação traduz a necessidade de enquadrar estes sistemas de conhecimento no sistema culturalmente legítimo, o técnico-científico. Os sistemas de conhecimento médico e das MAC estão sujeitos a um processo de interpretação ou de tradução científica, que é alvo de contestação por parte dos terapeutas e de críticas por parte de alguns analistas dos processos de institucionalização das MAC.

Baer (2002, 2004) e Barnes (2005) defendem que a avaliação das MAC realizada nos Estados Unidos evidencia um ponto de vista etnocêntrico sobre os sistemas médicos, sujeitos a processos de validação próprios de formas convencionadas da ciência ocidental, como as Experiências de Controlo Aleatório²² – processos de validação com recurso a grupos de controlo para detectar efeitos placebo. A eficácia da acupunctura é definida pela NCCAM do NIH como

o efeito diferencial do tratamento quando comparado com um placebo ou outra modalidade de tratamento sujeito a uma experiência de controlo aleatório duplamente anonimizado, com grupos de controlo do efeito placebo e um protocolo rigidamente definido²³ (NIH 1997: 5).

Os autores fundamentam a sua posição no facto de este tipo de metodologia nunca ter sido aplicado a algumas terapêuticas biomédicas de uso comum, como a aspirina ou a penicilina, em circulação no mercado muito antes de verificados todos os seus efeitos e antes de ser conhecida na totalidade a forma como actuavam.

O argumento do efeito placebo permanece no campo da investigação sobre as MAC, tanto entre os mais cépticos como entre investigadores científicos simpatizantes; mas na epistemologia de muitas MAC, e especificamente na acupunctura, o que a biomedicina descarta como efeito placebo é endógeno ao processo terapêutico – além de que está actualmente provado que a própria intervenção cirúrgica comporta, frequentemente, um efeito placebo. Como afirma um antigo director do OAM, Wayne Jonas (2002 in Baer 2004: 139 e 155), formado na área da biomedicina, a investigação sobre as MAC deveria ser simultaneamente cientificamente rigorosa e sensível aos efeitos de contexto, a investigação que tem sido desenvolvida não soube ultrapassar as dificuldades

²² *Randomized Control Trials (RCT)*

²³ *«the differential effect of a treatment when compared with placebo or another treatment modality using a double-blind placebo-controlled trial and a rigidly defined protocols».*

epistemológicas com que se depara, não tem sido desenvolvida uma ciência das MAC e a epistemologia desses sistemas médicos tem sido ignorada uma vez que sistemas médicos como a homeopatia, a ayurveda e a medicina chinesa possuem paradigmas e premissas epistemológicas diferentes do sistema biomédico.

Esta tradução científica favorece a apropriação biomédica. Segundo Barnes (2005), as explicações biomédicas da acupuntura recorrem a noções de estimulação do sistema nervoso central, de libertação de endorfinas que bloqueiam os receptores da dor no cérebro e, de modo mais geral, à noção de libertação de substâncias químicas nos músculos, na espinal medula e no cérebro. A biomedicina separou as medicinas em placebos, terapêuticas que funcionam quando há crença na cura, e a «verdadeira» medicina, terapêuticas que funcionam mesmo quando não existe essa crença na terapêutica. Para Barnes, as Experiências de Controlo Aleatório constituem uma metodologia tautológica, que encontra o que procura. Aplica o paradigma biomédico na avaliação de outros paradigmas, podendo mesmo produzir experiências que facilmente obtêm resultados negativos na medida em que excluem aspectos terapêuticos essenciais. São, no entanto, a norma, assim como consubstanciam a procura de resultados aplicáveis à biomedicina.

Apesar de na década de 1970 a maioria dos médicos da medicina ocidental considerar a acupuntura um mero placebo, em 1997, o NIH reconhecia a eficácia da acupuntura nas seguintes patologias: pós-operatório adulto; náusea e vômito da quimioterapia; pós-operatório de estomatologia; toxicod dependência; reabilitação de AVC; dores de cabeça; síndrome pré-menstrual; cotovelo do tenista; fibromialgia; dor miofascial; osteoartrite; dores lombares; síndrome do túnel do carpo e asma (NIH 1997). Assim, mesmo se as experiências científicas de enquadramento biomédico são de validade discutível e favorecem a apropriação biomédica através da tradução científica, possibilitaram a criação de critérios de aceitação de aplicação terapêutica no contexto cultural ocidental tecnocientífico. Por esta razão, se parte dos terapeutas contestam a validade deste tipo de investigação científica, outros defendem-na – como vimos, a OMS e a própria China desenvolvem trabalho nesta área – de modo a validar a sua aplicação e a regulamentação estatal favorável à institucionalização das MAC. Como teremos oportunidade de referir na próxima secção deste texto (cf. capítulo 3, secção 3.2.2), a OMS divulgará em 2003 uma revisão crítica das experiências de controlo aleatório, ampliando substancialmente o leque de condições patológicas de eficácia terapêutica da acupuntura (WHO 2003).

Outro indicador do elevado grau de institucionalização das MAC consiste na sua crescente adopção em centros específicos integrados em hospitais universitários ou em clínicas médicas privadas. Estes centros ou clínicas surgiram com maior frequência desde os inícios de 1990, são usualmente dirigidos por médicos e incluem na sua equipa terapeutas, entre os quais se encontram, invariavelmente nos exemplos citados por Baer (2004), acupunctores licenciados. Os médicos que dirigem estes centros podem ter formação numa medicina alternativa e complementar ou em mais do que uma, e vêm das mais diversas especialidades da biomedicina. Segundo o autor, sob a designação de medicina integrada encontramos de facto situações de incorporação ou, mais especificamente, de cooptação das MAC pela biomedicina.

3.2.2. A Organização Mundial de Saúde e as Medicinas Tradicionais

Em 1983, a OMS edita uma publicação que visa ampliar a divulgação das medicinas tradicionais para além da própria organização e de outras suas associadas e dos Estados-membros. No prefácio, assinado pelo então Director Geral da OMS, Dr. Halfdan Mahler, a publicação é apresentada como sendo dirigida a todo o pessoal de saúde e aos governos que desejem incluir nas suas estratégias para a saúde as «medicinas tradicionais». A informação visa uma melhor compreensão destas medicinas, que deveria contribuir para levar a efeito planos nacionais de saúde e programas de formação conexos (cf. Bannerman et al. 1983).

Na introdução, procura-se definir medicina tradicional, onde se encontram os problemas definicionais a que já fizemos referência em capítulo anterior:

A medicina tradicional é uma expressão muito vaga que designa de um modo geral as práticas de cuidados de saúde antigas e ligadas a uma cultura que tinham uso antes da aplicação da ciência às questões da saúde, por oposição à medicina científica moderna oficial ou alopática. Utilizamos frequentemente sinónimos tais como medicina indígena, heterodoxa, paralela, «popular», marginal, não oficial ou empírica. O termo medicina tradicional é insatisfatório porque implica de modo inadequado a existência de princípios, de conhecimentos e de competências comuns a todos os tipos de medicina tradicional e não estabelece nenhuma distinção entre, por um lado, os sistemas completos e complexos de cuidados de saúde como a Ayurveda e, por outro lado, simples remédios domésticos (Bannerman et al. 1983: 9).

Portanto, a questão da denominação surge logo como um problema na emergência destas medicinas nos discursos e práticas dos países ocidentais e desenvolvidos e nas suas organizações. As definições são feitas por oposição à medicina institucionalizada nestes países, o que nos coloca no eixo pré-científico *versus* científico. E surge de imediato o

problema de designar a diversidade de práticas e saberes, desde sistemas complexos de medicina a técnicas terapêuticas diversas. Um elemento também identificado como característico destas medicinas e técnicas no seu conjunto é o seu carácter holístico, referindo-se o texto à definição de saúde dos praticantes destas medicinas, ou seja, enquanto «associação íntima do bem-estar físico, mental, social, moral e espiritual» (Bannerman et al. 1983: 9).

As medicinas tradicionais apresentam-se como solução de um objectivo que data da fundação da OMS, em 1948: o de garantir o acesso de todas as comunidades a cuidados de saúde e cuidados médicos, e como meta, assegurar esses mesmos cuidados de saúde de modo universal até ao ano 2000.

Face ao problema da incapacidade de garantir o acesso à biomedicina de base científica e tecnológica em vários lugares do mundo em desenvolvimento, a medicina dita tradicional, implantada desde longa data nesses países, constitui um recurso valioso de cuidados de saúde que responde a uma parte das necessidades das populações. Esta perspectiva, que tem em conta a contribuição da medicina tradicional para os cuidados de saúde das comunidades, é afirmada pela primeira vez na Assembleia Mundial de Saúde em Maio de 1976. No texto procura-se fazer uma contextualização, marcando o surgimento da medicina dita científica no século XIX, data até à qual todas as medicinas eram tradicionais. Apesar de se reconhecer os seus avanços, identifica-se uma falha da biomedicina ao nível da doença crónica e psicossomática. Noutro aspecto, identifica-se o ressurgimento destas medicinas nas sociedades desenvolvidas e urbanas, onde a procura deste tipo de cuidados de saúde é explicada pela insatisfação com a biomedicina, desde as dificuldades de acesso ao sistema de saúde institucionalizado, a uma relação entre médico e paciente em que este último é tratado como um leigo que pouco ou nada é informado do seu problema de saúde, numa relação mais ou menos impessoal, em que o paciente pode sentir que há aspectos da sua saúde que são descurados.

Esta é a primeira publicação de divulgação, com vista a um progressivo reconhecimento e implantação das medicinas tradicionais nos sistemas de saúde. Compreende a etnomedicina, a medicina tradicional africana, a medicina tradicional na América Latina, a ayurveda, o sistema unani, a medicina tradicional chinesa, com capítulos específicos para a acupunctura e moxabustão, sistemas de tratamento específicos que combinam a medicina tradicional chinesa com a medicina científica, a biomedicina, a homeopatia, a naturopatia, adivinhação e exorcismo, hipnose, ioga e meditação, três capítulos sobre fitoterapia, um dos quais sobre a relação entre fitoterapia e

fitofarmacologia. Na última parte da publicação, R. H. Bannerman, anterior director do Programa de Medicina Tradicional da OMS, desenvolve a questão da importância da utilização da medicina tradicional nos cuidados de saúde primários.

Outro texto desta publicação, da autoria de Jan Stepan, apresenta uma «tipologia das legislações relativas à medicina tradicional» (Stepan 1983). Jan Stepan introduz a sua análise da legislação da época, para a qual constrói a referida tipologia, lembrando que os regimes jurídicos nesta matéria evoluíram a partir de um pano de fundo, ao nível da Europa do século XIX, em que os médicos da biomedicina passaram a deter o monopólio sobre o exercício da medicina e que este modelo foi exportado por via da legislação colonial. Terá sido depois da segunda metade do século XX que os países subdesenvolvidos terão concluído que um sistema médico científico ocidental era impraticável, tendendo à recuperação dos sistemas médicos tradicionais. Quanto aos países desenvolvidos do mundo Ocidental, é mais recente o surgimento de legislação que permite e regulamenta o exercício de outras medicinas que não a científica e ocidental, movimento que começa por incidir na osteopatia e quiropraxia e, seguidamente, na acupunctura. A tipologia proposta, que desenvolvemos mais adiante, será referida de modo sistemático nos estudos que se realizaram posteriormente sobre a institucionalização, em termos de normas oficiais, das medicinas em causa.

Se esta publicação de divulgação data de inícios dos anos oitenta, a resolução da OMS no sentido da promoção das medicinas tradicionais foi adoptada em assembleia em 1977 (WHO 1978: 7). O primeiro relatório, denominado «A promoção e o desenvolvimento da medicina tradicional», com data de 1978 visava, no seio da organização, estabelecer redes de cooperação e organização entre os Estados-membros para a promoção e o desenvolvimento das medicinas tradicionais.

O relatório da OMS de 1978 continha um projecto internacional de promoção das medicinas tradicionais, em particular nos cuidados primários de saúde. Aí se refere a conferência *International Conference on Primary Health Care*, realizada nesse ano em Alma-Ater na URSS. A declaração de Alma-Ater reafirma a definição de saúde que consta da Constituição da OMS, segundo a qual a saúde é um direito humano fundamental. Assim, em 1978, a declaração afirmava no primeiro ponto:

[A saúde] é um estado de bem-estar integral físico, mental e social, e não a mera ausência de doença ou enfermidade, é um direito humano fundamental e o cumprimento do nível de saúde mais elevado possível é um objectivo social muito importante a nível mundial cuja realização requer a acção de muitos outros sectores sociais e económicos para além do sector da saúde (WHO 1978b).

Na declaração de Alma-Ater afirmam-se dois princípios, o objectivo de desenvolver a saúde a nível mundial, a realizar até ao ano 2000, e a ênfase nos cuidados primários de saúde, eixo fundamental desse projecto. Ao definir-se os cuidados primários de saúde como trave mestra dos sistemas de saúde, referia-se que estes cuidados de saúde se baseariam

em profissionais da saúde, incluindo médicos, enfermeiros, parteiras, trabalhadores auxiliares e da comunidade, bem como terapeutas tradicionais, conforme as necessidades, formados social e tecnicamente de modo adequado para trabalharem como equipas de saúde e para responder às necessidades de saúde expressas pela comunidade (WHO 1978b).

Alma-Ater é uma declaração internacional promovida pela OMS e veio a tornar-se num marco histórico do interesse de vários Estados na promoção dos cuidados primários de saúde. Terá chegado a desenvolver outras funções: em entrevista a um terapeuta português da geração mais antiga²⁴, este afirmou deter um diploma em acupunctura concedido no âmbito de Alma-Ater, num curso leccionado por um acupunctur russo de mérito reconhecido. Havia interesse, particularmente por parte dos Estados socialistas com extensos territórios, como a URSS ou a República Popular da China, no desenvolvimento de cuidados de saúde primários para toda a população e as medicinas tradicionais tinham um papel a desempenhar neste processo.

No relatório de 1978 surge repetidamente a noção de «medicina integrada» e são discutidos os modos de como realizar tal integração de sistemas médicos. Embora não se negligenciem os obstáculos ao objectivo proposto, são enaltecidas as vantagens da integração de sistemas médicos ditos tradicionais com a biomedicina. A República Popular da China constituía o exemplo de integração de sistemas médicos, mesmo quando se constatava, simultaneamente, que os dois sistemas médicos não podiam ser considerados uma rede médico-sanitária nacional e única. Será uma constante o papel da medicina tradicional chinesa e da acupunctura no desenvolvimento deste conceito promovido pela OMS, assim como na promoção da institucionalização das denominadas medicinas tradicionais.

No ano de 1979, a OMS realiza a Conferência de Pequim, um seminário inter-regional sobre acupunctura, moxabustão e anestesia acupunctural. O objectivo é reunir os doze países participantes para estabelecer um programa de prioridades e padrões nas áreas de trabalho clínico, pesquisa, formação e transferência de tecnologia. No documento oficial

²⁴ Entrevista n° 23.

desta conferência afirma-se que a acupunctura não é, claramente, uma panaceia para todas as doenças mas que o peso da evidência exige que seja levada a sério como um procedimento clínico de valia considerável. A lista de doenças susceptíveis de tratamento por acupunctura divulgada pela OMS nesta data inclui 50 doenças, desde infecções, como gripe, bronquite e hepatite, a doenças de medicina interna como diabetes, hipertensão, asma, úlceras; doenças neurológicas e musculoesqueléticas – área com 17 doenças tratáveis, de entre as quais a artrite, a ciática, os AVC, dores nas costas; doenças dermatológicas, doenças genitais, urinárias e reprodutivas e doenças mentais e emocionais onde se contam 4 doenças tratáveis: ansiedade, depressão, stress e insónia. A aplicação clínica da acupunctura que foi assim definida foi amplamente divulgada. No trabalho de campo realizado, mais de um entrevistado da área das medicinas alternativas referia que a acupunctura era há muito reconhecida pela OMS como terapêutica válida para um vasto conjunto de doenças.

No mesmo ano de 1979, a OMS organiza uma consulta sobre os programas de desenvolvimento da medicina tradicional na região do Sudeste Asiático. Em 1983, na publicação já referida, tinham sido já constituídos gabinetes regionais de medicina tradicional para promover a investigação e a troca de experiências entre Estados-membros. A República Popular da China ocupa um lugar de destaque neste projecto: «No decurso dos últimos anos, foi privilegiado um programa muito útil de visitas de estudo na China por equipas vindas de diferentes países, em colaboração com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento» (Bannerman et al. 1983: 282).

Estão disponíveis para consulta pública os relatórios dos encontros dos Centros para a Medicina Tradicional, promovidos pela OMS em associação com a Administração Estatal de Medicina Tradicional da República Popular da China, estabelecida em 1986 (WHO 1987b: 3). No ano do segundo encontro, estes centros eram 21, 25 em 1995, 18 no ano de 2008. Apesar de o número de centros ter diminuído, a China manteve sempre 6 centros, de 1987 a 2008, com localizações em Pequim, Xangai e Nanquim. Em Novembro de 2008 realizava-se em Pequim uma conferência, promovida pela OMS em colaboração com o Ministério da Saúde da China e a Administração Estatal de Medicina Tradicional acima referida. É patente o papel da China na promoção das «medicinas tradicionais» no seio da OMS. Apenas o primeiro encontro destes centros, realizado em 1981, teve lugar em Genebra, nos anos subsequentes e até à actualidade, o lugar é Pequim, o que serve de indicador da importância da medicina tradicional chinesa no conjunto do programa, bem como do interesse do governo chinês nesta matéria.

Mas estes materiais de referência fornecem outro tipo de informação sobre a construção pela OMS das medicinas tradicionais como solução para o objectivo de alcançar «saúde para todos» nos Estados-membros. Nos finais da década de 1980 e princípios da década de 1990, são desenvolvidos esforços no sentido da standardização das práticas (protocolos dos pontos de acupunctura) e mesmo das nomenclaturas na área da acupunctura, tanto na China como em colaboração com a OMS, (ver, por exemplo, WHO 1991a, 1991b, 1993), o que constitui condição fundamental para a difusão. Para além da standardização da nomenclatura dos pontos de acupunctura, que foi efectivamente adoptada a nível internacional como pode ser observado no momento presente; a standardização resultou numa alteração da teoria médica clássica chinesa.

Para termos uma noção da evolução do processo de construção, promoção e difusão destas medicinas pela OMS, vejam-se as principais resoluções da OMS sobre esta matéria. Em 1976 é aprovada a resolução *Health manpower development* (WHA29.72). Aí se dá conta da escassez de recursos humanos na área da saúde e do obstáculo que tal penúria constitui. Entre outras medidas, surge pela primeira vez a referência à «reserva de recursos humanos» dos terapeutas de medicinas tradicionais. No ano seguinte, a resolução *Promotion and development of training and research in traditional medicine* (WHA30.49) vai mais longe, refere já os sistemas de medicina tradicional como uma solução, recomenda aos governos dos Estados-membros que adoptem regulamentações para a integração destes sistemas nos sistemas nacionais de saúde e atribui à própria OMS o papel de promoção de técnicas de investigação sobre estes sistemas, assim como da sua utilização conjunta com a medicina moderna, numa perspectiva de complementariedade ou de integração. Em 1987 é aprovada outra resolução sobre *Traditional Medicine* (WHA40.33), onde se faz referência à Conferência de Alma-Ater, e se transferem competências para os Estados-membros na implementação de programas de investigação sobre medicinas tradicionais, assim como se recomenda que estes utilizem de modo optimizado os recursos humanos de terapeutas de sistemas tradicionais de medicina.

Em 1989, uma nova resolução, *Traditional medicine and modern health care* (WHA42.43), vem reafirmar princípios sob uma nova formulação, recomendando aos Estados-membros que realizem uma avaliação dos seus sistemas tradicionais de medicina, que explorem meios para a utilização dos terapeutas de medicinas tradicionais na cobertura dos cuidados primários de saúde e recomenda ainda que sejam desenvolvidas colaborações entre universidades, serviços de saúde, instituições de ensino e instituições internacionais

relevantes para a avaliação científica das formas de tratamento das medicinas tradicionais e sua aplicação.

Em 1991, nova resolução *Traditional medicine and modern health care* (WHA44.34) por um lado, congratula o progresso realizado no programa de desenvolvimento das medicinas tradicionais, por outro, reitera a necessidade de aumentar o financiamento nacional e internacional necessário para implementar este mesmo programa. Quanto às recomendações aos Estados-membros, nota-se uma alteração programática: a questão da prova científica, da segurança e da eficácia das medicinas tradicionais emerge como um problema a solucionar no quadro de uma maior integração entre sistemas tradicionais de medicina e a sua forma mais científica e tecnológica. Desta resolução, consta apenas mais uma recomendação aos Estados-membros relativa à introdução de medidas de regulação e controlo dos métodos de acupunctura.

Na resolução da *World Health Assembly* intitulada *Traditional Medicine* (WHA56.31), de 2003, a par da designação de «medicinas tradicionais», surgem as de «complementares», «alternativas», «não convencionais» ou de «*folk medicine*», o que resulta da difusão deste tipo de medicinas nas sociedades mais desenvolvidas. Os problemas referenciados complexificaram-se. Reconhecem-se como desafios à implementação destas medicinas questões como a falta de redes organizadas de terapeutas tradicionais, a necessidade de evidência comprovada sobre a segurança, eficácia e qualidade das medicinas tradicionais e a questão da qualificação e do licenciamento dos praticantes tradicionais. Nas recomendações aos Estados-membros, ressurgem a necessidade de adopção de regulamentações destes tipos de medicinas e recomenda-se a sua integração nos sistemas nacionais de saúde. Surge ainda o problema dos direitos de propriedade intelectual de remédios e tratamentos e recomenda-se a adopção de medidas para a sua protecção. Recomenda-se também aos Estados-membros que desenvolvam sistemas de informação ao consumidor, que se promova e financie a formação dos terapeutas, que se implementem sistemas para a qualificação, acreditação ou licenciamento dos mesmos e recomenda-se ainda que estas medicinas sejam introduzidas nos currículos das escolas de medicina.

Em 2002 é publicada a *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, onde as questões acima referidas estão presentes, com um teor programático que se prende com a natureza do documento. O objectivo político da estratégia da OMS é o de «Integrar a MT/MAC [Medicina Tradicional/Medicina Alternativa e Complementar] nos sistemas nacionais de saúde, através do desenvolvimento e implementação de políticas nacionais de MT/MAC» (WHO 2002: 5). A este nível, alguns dos desafios enunciados são a falta de reconhecimento

oficial, de sistemas de registo e de regimes de formação dos que praticam estas medicinas, de mecanismos reguladores e legais dos terapeutas e dos produtos utilizados nas terapêuticas, assim como a falta de distribuição de recursos para financiar a área em geral, mas também a investigação. Outros aspectos referidos são a necessidade de encontrar metodologias de validação científica da eficácia que sejam adequadas à especificidade destas medicinas, a definição e regulação da segurança e da qualidade e, para os públicos, o acesso a informação, bem como a cobertura pelos serviços estatais de saúde. Em termos das vantagens mais importantes para os países desenvolvidos, o documento refere o problema do envelhecimento da população e o aumento da doença crónica e dos custos com a saúde, uma vez que estas medicinas estão reconhecidamente validadas para o tratamento da doença crónica a mais baixo custo, relativamente à biomedicina.

Em 2003, a OMS publica uma revisão das Experiências de Controlo Aleatório sobre aplicações clínicas da acupunctura em que põe em causa o documento de referência norte-americano de 1997 (NIH 1997) e apresenta uma listagem muito vasta de aplicações terapêuticas da acupunctura (WHO 2003) que vem pôr em causa os limites de eficácia terapêutica que tinham sido difundidos e amplamente referidos, nomeadamente ainda constituem referência para a acupunctura médica actual.

Em Abril de 2010, de entre os objectivos programáticos da política da OMS, o documento com as orientações gerais estratégicas para o período de 2008-2013, *Continuity and Change – Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013* (WHO 2010), aponta para a necessidade de prosseguir a orientação global e apoio em termos de segurança, qualidade e eficácia das medicinas tradicionais. Recomenda, por fim, que sejam concentrados esforços na promoção da regulação dos praticantes destas medicinas.

3.2.3. As Medicinas Alternativas e Complementares no contexto da União Europeia

Nesta secção procuramos descrever o processo de institucionalização das medicinas alternativas na União Europeia (UE). Traçaremos o processo desde a emergência desta questão ao processo sociopolítico de institucionalização, no sentido que adoptámos, desde a constituição de redes sociais a partir das quais emergem organizações que visam influenciar as instâncias de decisão com poder para institucionalizar normas formais que regulem o mercado das MAC. A importância deste processo de institucionalização é comparável à importância do mesmo tipo de processo na OMS, descrito na secção

anterior, na medida em que se trata de instâncias supranacionais que, mesmo se não instituem normas com carácter de obrigatoriedade de aplicação e sancionamento pelos Estados-membros, fornecem orientações para os processos de institucionalização nacionais. Veremos como se organizam internacionalmente as redes e, tendo em conta o caso específico da acupunctura e medicina tradicional chinesa, como na UE um dos resultados do processo de institucionalização à escala internacional é a constituição de redes internacionais entre instâncias e organizações que transcendem os limites dos Estados. Neste nível internacional e global, na UE, como na OMS, verifica-se que está actualmente em processo uma estandardização das medicinas alternativas, em que a conexão com o Estado Chinês, central nesse processo, é um dos elementos a reter.

Em termos metodológicos, há que esclarecer algumas questões. Em primeiro, não sendo possível, no âmbito desta investigação, fazer trabalho de campo no local, as fontes a que recorreremos são diversas: fontes mais directas, como entrevistas a terapeutas e a médicos praticantes de acupunctura, portugueses, com participação no processo; fontes mais indirectas, como documentos oficiais, consulta de sites de organizações e consulta de bibliografia especializada. No entanto, tal como sucede para a legislação relativa aos Estados europeus (cf. capítulo 3, secção 3.2.4), existe pouca bibliografia disponível e, em alguns casos, o cruzamento das informações publicadas com a análise dos documentos oficiais revelou inconsistências, tendo-se nesses casos optado pela informação das fontes primárias. Num outro aspecto, dada a impossibilidade de uma observação mais directa, não foi possível mapear todas as organizações em presença no processo, tendo-se optado pela descrição das que eram mais referenciadas pelos entrevistados e/ou nas bibliografias consultadas, de modo que a análise das organizações que se constituem como grupos de pressão no processo sociopolítico de institucionalização não pretende ser exaustiva.

Segundo Robard (2002), é na década de 1980 que surgem as primeiras questões sobre as medicinas alternativas na União Europeia. Em 1980, 1986 e 1987, a Comissão Europeia pronuncia-se, reconhecendo haver grande diversidade na legislação dos Estados-membros e, por essa razão, defende ser prematuro intervir. O princípio geral que se aplica é o da primazia da lei de cada Estado nos respectivos territórios. Mas há questões que surgem como problemáticas, como o a da conjugação do princípio da livre circulação de pessoas e bens com a ausência de reconhecimento de qualificações ou formações entre Estados-membros, razão pela qual, em 1993, a Comissão vem afirmar que se estas medicinas forem reconhecidas num determinado Estado-membro, deve aplicar-se o

sistema geral de reconhecimento mútuo de qualificações profissionais e de livre circulação de pessoas.

Como defende Maddalena (2005), de entre os principais problemas que se colocavam nesta época, para além da referida questão da livre circulação, reconhecia-se a necessidade de criação de directivas sobre medicamentos homeopáticos e fitoterápicos. Enquanto a regulação dos medicamentos fitoterápicos foi adiada e se encontra ainda hoje em processo, o medicamento homeopático foi objecto de regulamentação publicada ainda no ano de 1992, com as directivas 92/73/CEE e 92/74/CEE de 22 Setembro 1992, a aplicar nos Estados-membros até 31 de Dezembro de 1993. No seguimento destas directivas, segundo Robard (2002), em 1994, a Comissão Europeia, mais especificamente o Comité de «Ciência, Investigação e Desenvolvimento» da Comissão, constitui um grupo de peritos sobre a homeopatia, com o objectivo de avaliar a oportunidade de financiamento de investigação científica neste domínio.

O relatório deste *Homeopathic Research Group DG XII* é publicado em 1996 com conclusões favoráveis ao prosseguimento da investigação sobre homeopatia. O grupo publica também um dicionário de homeopatia. Estas medidas indicam não somente a necessidade de regular e proteger os públicos da saúde, mas também as pressões da indústria do medicamento homeopático, assim como a pressão das organizações dos praticantes de homeopatia, que são as primeiras associações a organizarem-se e a agirem ao nível da UE. Estimativas sobre o valor de mercado destes produtos, para o ano de 2009, apontam para um valor de cerca de 1 milhar de milhões de euros ao nível da UE²⁵. Segundo esta mesma fonte, no ano de 2010, observam-se pressões para serem criadas novas directivas, que reforcem o livre acesso pelos pacientes e a livre circulação de produtos e que corrijam o facto de nem todos os países terem adoptado as directivas de 1992.

Ainda em 1993, a Fundação Europeia para a Ciência apoiou uma rede de investigação, a COST Action B4. Após cinco anos de trabalhos, este grupo publica em 1998 um relatório²⁶ que conclui sobre a necessidade de criar um gabinete independente para avaliar a pesquisa científica nesta área e recomenda que deveriam ser desenvolvidos novos programas europeus de investigação e concedidos financiamentos específicos à investigação sobre medicinas não convencionais no quadro da União Europeia.

²⁵ <http://euobserver.com/867/29620> (acesso em Abril de 2010).

²⁶ European Commission. *COST Action B4: Unconventional Medicine. Final Report of the Management Committee, 1993 - 98*. Brussels, European Commission, 1998 (document reference EUR 18420 EN).

Data de 1993 a primeira proposta de resolução no Parlamento Europeu, por iniciativa do grupo parlamentar dos Verdes, de que fez parte o eurodeputado português Carlos Pimenta, sobre o estatuto das «medicinas complementares e não convencionais». A proposta tinha fundamento na questão da utilização crescente destas medicinas nos países da UE, na liberdade de escolha terapêutica pelos cidadãos, que constituísse uma escolha com garantias de qualidade e protecção de riscos, assim como na liberdade de estabelecimento dos profissionais praticantes destas medicinas. Para tal, havia que assegurar, através da Comissão Europeia, que se adoptariam as medidas necessárias para a harmonização dos sistemas normativos que regulavam estas medicinas, sugerindo-se ainda que a Comissão se pronunciasse sobre a criação de sistemas de comparticipação pelos Estados-membros para garantir o acesso e a liberdade de escolha.

Mas a proposta será travada pela Comissão de Saúde²⁷, que reúne 52 assinaturas que vão permitir, com base no regulamento interno, que se impeça esta primeira proposta de ser agendada para votação plenária, que estava prevista para 6 de Maio de 1994.

Nesta altura foi criado um grupo de pressão que visava reunir praticantes de MAC, o Procomed, denominado «Associação para o Reconhecimento e a Promoção das Medicinas Complementares na Europa» que deveria elaborar um «Livro verde sobre as medicinas não convencionais». No seio deste grupo havia terapeutas sem formação biomédica, mas também médicos, conforme nos foi dito por um terapeuta em entrevista²⁸. Como veremos adiante, os médicos estão presentes em associações profissionais das MAC que foram criadas ao nível europeu, organizadas como grupos de pressão. Há, portanto, desde a emergência da questão na UE, interesses potencialmente antagónicos em jogo na definição de regimes normativos, entre associações de terapeutas e associações de médicos praticantes de medicinas alternativas.

Ao conflito pelo direito exclusivo ao exercício da medicina alternativa e complementar pelos licenciados em biomedicina, acrescenta-se a oposição das associações profissionais dos médicos que não têm interesse em que a medicina alternativa e complementar obtenha qualquer tipo de institucionalização ao nível europeu que vá interferir com os monopólios nacionais dos mercados da saúde, onde estes monopólios existem. Dois terapeutas entrevistados e mesmo uma médica representante dos médicos

²⁷ Liderada pelo eurodeputado Professeur Léon Schwartzberg, reputado médico oncologista francês que ocupara a pasta de Ministro Delegado da Saúde no governo francês durante um breve período em 1988.

²⁸ Entrevista n° 23.

que praticam MAC em Portugal (homeopatia e acupunctura)²⁹ referiram a existência de fortes pressões por parte das organizações de profissionais da biomedicina que não exercem MAC, no sentido de não serem realizadas directivas sobre estas medicinas ao nível da UE ou mesmo que não fossem financiados programas de investigação científica que pudessem vir a legitimar estas medicinas. Um dos entrevistados referia mesmo que esses médicos eram de determinados países, Itália e França foram referidos como países com fortes lóbis das organizações profissionais dos médicos, tratando-se de países cujas legislações permitem a prática de MAC monopolizada pelos licenciados em biomedicina. Em entrevista, Lannoye afirmava que a travagem, em 1994, da iniciativa parlamentar

foi organizada por médicos parlamentares *a priori* hostis a qualquer ideia de reconhecimento das medicinas não convencionais. Trata-se de uma manobra de sabotagem clássica nas assembleias parlamentares, pela qual é utilizado um procedimento [administrativo] para evitar ter de se pronunciar sobre um tema sensível³⁰.

O bloqueio pela Comissão de Saúde teve por efeito adiar a discussão da iniciativa parlamentar. No entanto, seguindo as normas regimentais, a proposta de resolução do deputado Carlos Pimenta e de outros deputados foi enviada em finais de Outubro de 1994 para várias comissões: a Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor, a Comissão dos Assuntos Jurídicos e dos Direitos dos Cidadãos e a Comissão do Emprego e dos Assuntos Sociais. Esta última comissão decidiu não emitir parecer, as outras duas comissões emitiram parecer favorável à discussão da matéria em causa, tendo a Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor requerido à Presidência do Parlamento a elaboração de um relatório sobre o assunto. Concedida a autorização, foi nomeado relator o deputado Paul Lannoye, relatório que foi, após várias reuniões de apreciação na mesma Comissão (presidida pelo eurodeputado Collins), votado em Fevereiro de 2007, obtendo aprovação por 21 votos a favor, 4 votos contra e 2 abstenções. O relatório foi entregue a 6 de Março de 1997.

No Relatório sobre o Estatuto das Medicinas Não Convencionais³¹, sem privilegiar qualquer uma das medicinas não convencionais, evocava-se expressamente oito destas por serem objecto de reconhecimento legal em alguns Estados-membros e por deterem estruturas organizativas próprias, inclusivamente a nível europeu: a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, o shiatsu, a naturopatia, a quiropraxia, a osteopatia, a medicina antroposófica e a fitoterapia.

²⁹ Entrevistas n.º 7, 8, 9, 20 e 21.

³⁰ http://www.naturemania.com/naturo/lannoye_collin.html (acesso em Dezembro de 2008).

³¹ Documento A4-0075/97 da Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor.

Adoptava-se a designação de «medicina não convencional» por ser abrangente relativamente às noções de medicina alternativa ou complementar, com a seguinte definição

Por medicinas não convencionais entende-se, por oposição às noções de medicina alternativa e/ou complementares, as que são utilizadas no quadro da medicina convencional (por exemplo, o termo «alternativo» é utilizado correntemente para descrever um tratamento médico que pode substituir um tratamento cirúrgico e vice-versa), as disciplinas ou práticas médicas como a antroposofia, a homeopatia, a medicina chinesa ou naturopatia, que são sistemas médicos completos, assentes em conceitos teóricos e/ou filosóficos e no âmbito dos quais a doença é encarada menos como consequência da acção de agentes externos do que de um desequilíbrio orgânico (A4-0075/97: 9).

Retomam-se elementos que estavam presentes na proposta recusada em 1994, como o da crescente utilização pelos públicos da saúde destas medicinas em vários Estados-membros e os princípios da liberdade de escolha terapêutica, de livre circulação e de liberdade de estabelecimento. Ao contrário da proposta anterior, a resolução não invoca a necessidade de comparticipação da utilização destas medicinas pelos Estados-membros; esta questão apenas é referida na exposição de motivos. Outros fundamentos invocados são a necessidade de institucionalizar estas medicinas de modo a garantir a segurança e a informação dos cidadãos, nomeadamente pela criação de legislação europeia que permitisse organizar as profissões a nível europeu, harmonizando os contextos legislativos do exercício profissional e da credenciação e critérios de formação, propondo-se para esta última um elevado nível de exigência e mecanismos de auto-regulação para cada medicina.

A resolução defende, assim, a participação dos profissionais das medicinas não convencionais no processo de institucionalização. No sentido de um maior diálogo entre a biomedicina e as medicinas não convencionais, propõe-se que os médicos possam praticar as medicinas não convencionais, mas que devem receber formação de iniciação a estas medicinas nos currículos de formação em biomedicina. Por último, outro fundamento evocado para a adopção da resolução é o da existência de legislações nacionais de liberalização em alguns Estados-membros da Europa.

Solicitava-se à Comissão Europeia que iniciasse um processo de reconhecimento destas medicinas, criando para o efeito os comités apropriados que desenvolvessem estudos comparativos das legislações dos Estados-membros nesta matéria, de modo a elaborar uma legislação coordenada, ou seja, que se elaborasse uma Directiva ao nível da Comissão. Solicitava aos vários organismos europeus que se investisse e executasse a investigação científica necessária para aferir sobre a eficácia, a segurança e as aplicações de cada uma dessas medicinas, desenvolvendo programas que incluíssem as abordagens destas medicinas e considerassem as suas especificidades. Considerava-se ainda que devia ser

harmonizada a legislação sobre os produtos farmacêuticos e fitoterápicos das medicinas não convencionais.

Em 29 de Maio de 1997, era aprovada em discussão plenária no Parlamento Europeu a Proposta de Resolução sobre o Estatuto das Medicinas Não Convencionais com 152 votos a favor, 125 contra e 28 abstenções. Como a votação evidencia, a Resolução estava longe de ser unânime.

Segundo fontes citadas por Maddalena (2005), esta proposta recebeu a oposição de médicos que eram deputados do Parlamento Europeu e da Ordem dos Médicos Francesa. Robard (2002) refere que as principais objecções à proposta, em discussão parlamentar, se prendiam com a credenciação através de comissões de auto-regulação, que se questionava a composição da comissão destinada a avaliar as medicinas não convencionais em termos científicos, pondo em causa a credibilidade dos profissionais destas medicinas para fazerem parte destes órgãos. Segundo a autora, Paul Lannoye respondeu referindo a posição da OMS, que propunha a recuperação dos sistemas tradicionais de saúde de modo a universalizar o acesso à saúde. O deputado referia ainda um excesso de zelo na defesa do sistema médico mais científico e tecnológico da biomedicina e apelava à constituição paritária dos órgãos de reconhecimento e avaliação.

Da consulta das actas da discussão plenária do relatório³² podemos observar que houve uma forte oposição por parte do Grupo do Partido Popular Europeu, por parte de eurodeputados que evocavam a sua formação médica na recusa da aprovação ou ainda a posição contra de eurodeputados de países com legislações de monopolização do mercado da saúde pelos médicos. Os argumentos contra a proposta são vários, para além da oposição à composição da comissão de avaliação, onde se pretende afastar os terapeutas e o regime de auto-avaliação com base no argumento da falta de cientificidade destas medicinas, defende-se a avaliação científica das medicinas não convencionais, argumenta-se, mais do que numa ocasião, sobre as vantagens para a biomedicina de integrar os tratamentos destas medicinas que estejam cientificamente validados. Várias são as intervenções que defendem que, pela garantia de qualidade e salvaguarda dos pacientes, não é admissível que a prática médica seja exercida por outrem que não os licenciados em medicina. Outra posição defende que a medicina alternativa e complementar ou «não convencional» só pode ser praticada sob supervisão médica. Outro tipo de argumentos contra são os da necessidade de manter a liberdade de cada Estado-membro para legislar

³² Debates parlamentares, 4ª legislatura do Parlamento Europeu, sessões plenárias de 28-05-2007 e de 29-05-2007, disponíveis no site <http://www.europarl.europa.eu> (acesso em Junho de 2008).

sobre a matéria, evocando-se as normas comunitárias existentes no sentido de permitirem a livre circulação de pessoas e bens, sem que haja necessidade da criação de mais normas, assim como se argumenta que deve caber a cada Estado-membro a decisão sobre a comparticipação dos tratamentos e medicamentos não convencionais.

As posições a favor da aprovação foram sobretudo dos grupos parlamentares ecologistas e socialistas (Grupo dos Verdes e Aliança Livre Europeia e Grupo do Partido dos Socialistas Europeus). As posições reiteram os argumentos do relatório e a exposição do deputado Lannoye, nomeadamente no sentido de que, havendo uma situação de facto, somente pela sua regulação normativa se poderia garantir os direitos dos cidadãos europeus. Uma deputada do grupo socialista afirma em plenário:

Não estamos a falar aqui de legislação, mas de um relatório de iniciativa do Parlamento Europeu que pretende levar a Comissão a reconhecer a necessidade de legislar. Mas quando vejo a guerra de opiniões, desencadeada nos últimos meses por ordens nacionais de médicos, fico sem saber o que está em causa.

Sabemos, assim, que as organizações profissionais dos médicos tinham exercido fortes pressões para determinar o curso da discussão plenária.

No final da discussão plenária, pronuncia-se o representante da Comissão Europeia. Afirma que a Comissão não pode concordar com todas as conclusões do relatório. Refere problemas orçamentais que impossibilitam o financiamento da investigação sobre esta matéria na extensão que é proposta, refere ainda que a linha orçamental que está definida e que é evocada na proposta constitui um programa em biomedicina que não inclui as MAC nos seus objectivos. Afirma que as condições para o exercício profissional estão asseguradas pelo sistema geral de reconhecimento de diplomas, em vigor há vários anos. Por último, evoca os termos do Tratado, segundo os quais uma legislação europeia sobre a matéria teria de ser aprovada por todos os Estados-membros, e que seria pouco provável que tal sucedesse dada a diversidade de legislações nos diferentes Estados-membros. Relativamente aos produtos médicos não convencionais evoca o problema da prova de eficácia, refere as directivas sobre os medicamentos homeopáticos e a disponibilidade da Comissão para estudar as potencialidades dessa abordagem.

No dia seguinte, a 29 de Maio de 1997, o relatório é aprovado com alterações substanciais. Paul Lannoye faz uma declaração antes da votação final, afirma que as alterações introduzidas destroem o relatório e que «Por isso, já não posso subscrevê-lo. Assim, peço que o mesmo [o seu nome] seja retirado e solicito aos colegas que votem contra, já que a posição do Parlamento se limita a pedir o que já é um dado adquirido, ou

seja, a realização de estudos» – razão pela qual esta ficou também conhecida por «Resolução Collins», nome do eurodeputado que presidia à Comissão em que o relatório fora elaborado. Nas declarações de voto, um deputado espanhol do grupo parlamentar socialista afirma que «[o] relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais, apesar do inadmissível corporativismo de alguns dos nossos colegas médicos, suscitou um interesse merecido por parte dos cidadãos da União».

Dois anos depois, em 1999, sobretudo devido à percepção do crescimento da procura pelos públicos das medicinas alternativas e por causa do reconhecimento e investimento em órgãos específicos e em investigação nos EUA, o Conselho da Europa adopta uma Resolução (Nº 1206) que remete para a Resolução Parlamentar de 1997 quanto à necessidade de iniciar um processo de reconhecimento das medicinas não convencionais, mas sublinha que a condução desse processo deve realizar-se na sequência da elaboração de estudos e programas de investigação sobre a segurança e a eficácia destas medicinas. Nesta data, não propõe qualquer investimento em investigação, preferindo apelar aos Estados-membros para a realização de programas de investigação e a divulgação dos resultados. Note-se que esta Resolução do Conselho da Europa não aprova a criação de legislação comum europeia para as MAC. Mantém, desta forma, a posição adoptada desde que esta questão emergiu no seio da UE.

Assim, o processo de institucionalização a nível europeu fica estagnado em termos políticos. Mas o Relatório Lannoye (ou Relatório Lannoye/Collins) abriu de facto espaço político para as MAC. Mesmo se ao nível da UE, se aproximarmos a observação, se detectam as divisões e a oposição política às medicinas não convencionais, como eram designadas, o relatório passou a ser conhecido nos Estados-membros como Relatório Lannoye e foram divulgadas as suas conclusões, mesmo se não foram reconhecidas pelo Conselho da Europa com o estatuto de Directiva mas somente de Resolução.

Neste quadro de falta de vontade política para adoptar normas nesta matéria, que perdura num longo período da década de 1980 até 2010, surgiram várias associações, desde associações de terapeutas a associações de médicos que praticam medicinas alternativas, de amplitude europeia, criadas no sentido de pressionar o poder político. Embora não nos fosse possível fazer o rastreio exaustivo das associações que procuram intervir ou que tiveram intervenção efectiva no contexto da UE, procuraremos dar conta de algumas associações com relevância no contexto político europeu.

Entre as associações de médicos que praticam medicinas alternativas, destaca-se o grupo que reúne o *European Committee for Homeopathy* (ECH), criado em Abril de 1996; o *European Council of Doctors for Plurality in Medicine* (ECPM); o *International Council of Medical Acupuncture and Related Techniques* (ICMART) e a *International Federation of Anthroposophic Medical Associations* (IVAA). Só este grupo congrega 132 associações europeias de médicos praticantes de medicinas alternativas. O ICMART, criado ainda em meados da década de 1980, reúne actualmente mais de 80 associações de acupunctura médica, de entre as quais a associação portuguesa de acupunctura médica, a SPMA. As normas que as associações de médicos que exercem MAC têm procurado fazer passar conferem amplos poderes aos profissionais da biomedicina na regulação do mercado, nomeadamente, atribuindo a estas medicinas o estatuto de complementares, aplicáveis somente sob referência e supervisão biomédicas.

Outra organização de referência, formada por organizações profissionais de terapeutas da área da medicina alternativa, em 2004, é o *European Federation for Complementary and Alternative Medicine* (EFCAM), integrada na *European Public Health Alliance* (EPHA). Esta última organização é financiada pela Comissão Europeia e possui estatuto de consultora do Parlamento Europeu, promovendo conferências e discussões entre organizações não governamentais na área das MAC. Em 2010, conta com as seguintes organizações: *European Central Council of Homeopaths* (ECCH), fundada em 1990 e que em 2010 reunia 27 associações profissionais de 24 Estados-membros; *European Shiatsu Federation* (ESF), com organizações profissionais de 9 países da UE em 2010; *European Traditional Chinese Medicine Association* (ETCMA), que em Janeiro de 2009 reunia organizações profissionais de 12 países da UE; *Pan European Federation of TCM Societies* (PEFOTS), com associações profissionais de 25 países (incluindo EUA e China), dos quais 17 pertencem à UE; *Reflexology in Europe Network* (RiEN), fundada em 1997, contava em 2010 com organizações profissionais de 20 países da UE; *Permanent Committee of Consensus and Coordination for CAM in Italy* (PCCAMI), comissão nacional italiana que conta com 21 associações de profissionais de medicinas e terapêuticas alternativas, de médicos a terapeutas; e o *European Chamber for Commerce of Traditional Chinese Medicine* (ECCTCM), que visa a regulamentação dos produtos herbais da MTC, com um conjunto de empresas de 9 países da UE.

A existência destas organizações de médicos e de terapeutas, activas no seio da UE, reflecte a extensão da pressão política sobre o Parlamento e a Comissão no sentido da institucionalização das MAC. Mas, como vimos, nunca a UE institucionalizou as MAC em normas formais com carácter vinculativo. Mesmo a investigação científica sobre estas

medicinas foi considerada fundamental em vários momentos do processo, mas só mais recentemente teve alguma tradução prática. A institucionalização que sucedeu tem base na aprovação da Resolução que emanou do Relatório Lannoye, com efeitos práticos de norma embora sem carácter de lei. Daí resulta que os grupos de pressão se tenham orientado, com o tempo, para o objectivo do financiamento europeu da investigação na área.

Será necessário esperar pelo 7º Programa Quadro Europeu de Investigação Científica e Desenvolvimento Tecnológico, a decorrer desde 2008, para que se atribua um orçamento específico para a investigação, reconhecida como necessária desde a COST Action B4 cujo relatório data de 1999. No âmbito do 7º Programa Quadro surge o *CAMBrella*, o financiamento foi atribuído a partir de concurso decorrido em 2008, mas o início dos trabalhos deste grupo data de Janeiro de 2010 – entretanto, a denominação de «medicinas alternativas e complementares» substituiu a denominação de «medicinas não convencionais» na linguagem oficial da União Europeia. No seio desta rede encontram-se algumas das organizações a que fizemos referência anteriormente, como o ICMART, na área da acupunctura médica. Entre as MAC em referência, contam-se a acupunctura e a medicina tradicional chinesa. Nas metas que se propõem cumprir, para além da criação de um sistema em rede de investigação científica pan-europeia até 2012, encontram-se os objectivos de standardização da terminologia (processo que, como vimos anteriormente, também está em curso na OMS) e a criação de uma base de dados de conhecimentos que permita a compreensão da procura pelos pacientes destas medicinas a nível europeu.

O *Cambrella* define-se como uma rede de investigação em medicina alternativa e complementar que conta com vários institutos de investigação, sobretudo de tipo biomédico, conta com dezasseis organizações científicas como parceiras de doze países europeus, incluindo Áustria, França, Alemanha, Hungria, Itália, Noruega, Roménia, Suécia e Reino Unido. O Congresso anunciado como próximo encontro deste grupo está agendado para o ano de 2011 e realizar-se-á na China – tal como, recordamos, os encontros da OMS sobre a matéria. Este *6th International Congress on Complementary Medicine Research* é organizado pelas seguintes instituições, com as quais, portanto, o *Cambrella* está conectado: *International Society of Complementary Medicine Research*, *Chengdu University of Traditional Chinese Medicine*, *Chinese Academy of Chinese Medicine Science*, *Tianjin University of Traditional Chinese Medicine*. O sub-título do Congresso é o de *Evidence-based decision making for Traditional and Integrative Medicine*, o que traduz o cerne da actividade desta rede de organizações: a standardização das MAC segundo os parâmetros da investigação científica e segundo um modelo de complementariedade ou integração destas medicinas com a biomedicina.

3.2.4. Legislação das Medicinas Alternativas e Complementares nos países da União Europeia

A primeira análise dos enquadramentos legislativos das medicinas alternativas foi publicada pela OMS para as «medicinas tradicionais» e realizada por Jean Stepan (1983), como referido. Este autor elaborou uma tipologia das legislações existentes à época que viria a servir de referência a análises posteriores. Esta tipologia compreendia quatro tipos que procuravam ser abrangentes de modo a dar conta da grande diversidade legislativa sobre o assunto a nível mundial:

Sistemas Exclusivos ou Monopolistas: em que somente o exercício da biomedicina é reconhecido como lícito, o que implica a exclusão e o sancionamento de outras actividades de tratamento. No entanto, referia Stepan, «A aplicação efectiva de uma legislação tão restritiva apresenta variações de um país para o outro» (1983: 286); Sistemas Tolerantes: em que o exercício da biomedicina é reconhecido como lícito mas em que outras formas de tratamentos de saúde são, em alguma medida, toleradas pela lei; Sistemas Inclusivos: em que outras formas de cuidados de saúde que não a biomedicina são reconhecidos como legais; nestes sistemas, o exercício legal dessas medicinas depende de um conjunto de normas reguladoras; Sistemas Integrados: em que o Estado adopta uma política específica e oficial para favorecer a integração das diversas modalidades de cuidados de saúde ou a integração das formações dos seus praticantes.

Considerando apenas a definição dos tipos, é possível identificar uma primeira questão – como refere Stepan, mesmo os sistemas jurídicos designados como monopolistas dão lugar a variações na aplicação e sancionamento da norma, ou seja, mesmo em países em que a biomedicina obtém do Estado o monopólio do mercado da saúde mediante normas de exclusão de competidores, colocam-se problemas na aplicação e sancionamento da norma, o que pode estar relacionado com a existência de regras informais contraditórias com a lei, com ineficácia do sistema de sancionamento e controlo da aplicação da lei, ou até mesmo da existência de contradições no sistema normativo.

Sobre o caso francês, paradigmático do modelo monopolista, o autor refere que em França existiram dezenas de decisões judiciais que aplicaram sanções no sentido da aplicação estrita da lei. Este modelo foi exportado pelo direito colonial para alguns países subdesenvolvidos, mas será aí que se encontram os exemplos mais evidentes de uma lei proibitiva sem efeitos práticos, onde apesar da lei escrita apenas são sancionados judicialmente os casos que se tornam públicos devido a má-prática. A causa explicativa

identificada por Stepan é a de que nesses países os cuidados de saúde com base na biomedicina se revelam insuficientes e conduzem ao recurso a outros sistemas médicos.

A respeito dos sistemas tolerantes, o autor referia que se mantinham barreiras entre a actividade biomédica e outras actividades de tratamento, sustentadas pelos médicos nos códigos deontológicos e outras disposições reguladoras da profissão médica, no sentido da diferenciação destes profissionais, tais como interdições de colaboração com os praticantes de MAC não licenciados pelas instituições de formação em ciência biomédica.

Portanto, parece existir uma relativa indiferenciação na tipologia, entre os designados «sistemas monopolistas» e «sistemas tolerantes», na medida em que se encontram apenas variações de grau ao nível das aplicações de sancionamento ou mesmo nos regimes normativos.

Num outro aspecto, Stepan (1983) inscreve o modelo tipológico num contexto histórico que parte dos finais do século XIX, o que corresponde à emergência do direito de monopólio e de exclusão de competidores concedido pelos Estados à biomedicina, direitos esses socialmente justificados como solução de controlo dos riscos e de garantia da segurança dos cidadãos, até à década de 1980. Na introdução, Stepan defende que os sistemas jurídicos europeus se regem por uma lógica monopolista por parte da biomedicina e que esta abordagem à legalidade dos cuidados de saúde se estendeu, durante o período colonial, à quase totalidade do resto do mundo, com excepção da China e do Japão.

Stepan reconhecia, mesmo escrevendo no início da década de 1980, uma tendência de mudança, com início na década de 1960, no sentido de uma passagem de modelos monopolistas para modelos tolerantes. Esta mudança fundamentava-se nas ideias emergentes do princípio de liberdade de escolha dos cidadãos relativamente aos cuidados de saúde e na ideia de existência de um direito fundamental de respeito pela autonomia do indivíduo. Nos países em vias de desenvolvimento, a mudança legislativa no sentido do sistema tolerante prender-se-ia com a incapacidade dos meios de tipo biomédico para responderem às necessidades de cuidados de saúde, mas também, como refere Stepan, com a crescente valorização das formas tradicionais de tratamento e cura, reforçada pela independência política e correspondente motivação para recuperar a herança cultural.

O Modelo Tolerante encontra-se em países desenvolvidos com sistemas de saúde e de protecção sanitária avançados, mas que não interditam o exercício de MAC e cuja lei não exige a certificação oficial dos que a praticam. Stepan refere os casos do Reino Unido e da Alemanha.

Nos sistemas inclusivos, coexistem dois ou mais sistemas médicos, reconhecidos como fazendo parte integrante da estrutura de cuidados de saúde e protecção sanitária regulamentados e sustentados pelo Estado. Estes sistemas encontram-se sobretudo na Ásia Meridional. Após o período colonial observou-se nos países dessa região um renascimento dos sistemas autóctones promovidos por ideais nacionalistas, recuperando-se os sistemas médicos ayurvédico e unani, em coexistência com o sistema biomédico. Stepan referia, a propósito destes sistemas inclusivos, que

[a] situação tal como se apresenta na Ásia demonstra que tais sistemas se prestam particularmente bem a uma institucionalização que seja operada no quadro de um sistema de protecção sanitária regulamentada e enquadrada pelo Estado (1983: 295).

Nestes sistemas, as MAC e a sua prática encontra-se legalizada, regulada e apoiada pelo Estado, incluída nos sistemas de saúde estatais. No entanto, formavam um sistema distinto da estrutura principal de cuidados de saúde que, desde o século XIX, se funda essencialmente na biomedicina.

Nos sistemas integrados, contrariamente aos sistemas inclusivos, os diferentes sistemas de medicina encontram-se num mesmo sistema de saúde nacional. Tomando como referência o caso da China, desde a fundação da República Popular da China que o Estado recuperou a medicina tradicional chinesa e procura integrar este sistema médico com o da biomedicina, como vimos já de forma mais detalhada.

Iremos, após esta introdução, apresentar os casos das normas formais, legislação e regulamentação, em diversos países europeus. Recorremos a várias fontes bibliográficas para apresentar esta sistematização dos sistemas legais em vigor. No entanto, foi notória a dificuldade em obter bibliografia especializada que estivesse actualizada. As fontes mais recentes a que recorremos datam de 2005 (Maddalena) mas a pesquisa referente à publicação deste doutoramento em Direito data de finais de 2001; e de 2008 (Dixon), um relatório de uma fundação inglesa que se dedica a questões de saúde (*The King's Fund*), cujas referências bibliográficas incluem fontes mais recentes.

Maddalena (2005) adopta a tipologia de Stepan (1983). A partir desta tipologia classifica as situações dos países ocidentais nos dois primeiros tipos. Como vimos anteriormente a classificação nesta tipologia pode resultar numa falta de rigor, daí que Maddalena ressalve que estes dois tipos possam por vezes apresentar alguma sobreposição ou combinar-se nas situações concretas.

Países Monopolistas

A Áustria é um dos países monopolistas europeus referidos por Maddalena. Apenas os médicos estão autorizados a praticar actos médicos e o exercício de medicina sem licença é crime. Os médicos estão autorizados a usar MAC e existem mais recentemente pós-graduações para médicos nessas matérias. No entanto, os tribunais austríacos são relativamente tolerantes com os que exercem MAC que não sejam médicos.

As leis que conferem o monopólio aos médicos datam de 1964 e de 1984. É com base na interpretação da definição de acto médico, como acto de base científica, que os tribunais austríacos adoptam procedimentos tolerantes, considerando que as práticas de MAC não se enquadram na definição de acto médico por não serem actividades científicas e não aplicam as sanções previstas no Código Penal.

Segundo Maddalena, França é o caso paradigmático de uma legislação monopolista. O Código de Saúde Pública regula a prática ilegal de medicina. A autorização para exercer medicina está restringida aos médicos detentores de um certificado do Estado e do registo profissional na Ordem Nacional dos Médicos. O exercício da medicina está definido como «actividades de diagnóstico e tratamento de doenças humanas», uma definição muito ampla de acto médico que abre excepção somente para alguns procedimentos reservados aos farmacêuticos. A Ordem Nacional dos Médicos exerce autoridade legal delegada pelo Estado, de diversas formas: regulação da prática de medicina, conferindo legitimidade de lei ao código deontológico da Ordem Nacional dos Médicos; aplicação do controlo e das sanções, por via administrativa, relativamente às regras profissionais, competindo-lhes instaurar processos contra os que pratiquem medicina ilegalmente. Estes poderes foram conferidos à Ordem dos médicos em 1892 e a legislação foi reforçada na década de 1940.

A lei francesa era muito repressiva relativamente à prática ilegal de medicina, pois o número de acusações e sentenças nesta matéria era elevado. Mais recentemente, observa-se tolerância judicial relativamente à prática de MAC, nas sanções aplicadas pelos tribunais, mas também na diminuição de iniciativas de acusação por parte da Ordem Nacional dos Médicos, principalmente por se considerar que os casos judiciais tinham o efeito não pretendido de conferir publicidade ao exercício de MAC por terapeutas.

Em França, segundo o código deontológico dos Médicos, estes estão sujeitos a sanções disciplinares por parte da Ordem no caso de praticarem métodos que não estejam cientificamente provados ou podem ser incriminados segundo o código penal no caso de coadjuvarem quem não seja médico na prática ilegal de medicina. No entanto, o Conselho

Nacional Médico, desde finais da década de 1990, adoptou uma atitude mais tolerante relativamente à prática de MAC por médicos.

Madalenna classifica igualmente Itália no sistema monopolista, uma vez que apenas os médicos podem praticar medicina alternativa e complementar, como acupunctura ou osteopatia, seguindo as orientações do código deontológico médico. No entanto, como noutros países com sistemas monopolistas, raramente se verificavam processos criminais envolvendo terapeutas ou, em verificando-se, as sentenças eram leves ou não reconheciam a existência de crime. Este país adoptou em 1995 as directivas europeias em matéria de medicamentos homeopáticos, e desde 1841 que se verificam tentativas de legalizar a prática de homeopatia. Actualmente, a quiropraxia pode ser legalmente exercida sob supervisão médica e as MAC tendem a ser cada vez mais toleradas.

Para Maddalena, o Luxemburgo é o país que mais se aproxima do tipo monopolista, além de adoptar este sistema possui uma legislação muito restritiva e um sistema de sancionamento efectivo. As MAC são proibidas e os terapeutas destas medicinas são regularmente julgados em tribunal. O acto médico está regulado na lei, restringido aos médicos licenciados e que possuam uma autorização do Ministério da Saúde com o consentimento da Ordem dos Médicos. De acordo com o código deontológico, os médicos não podem praticar medicinas que não estejam cientificamente provadas, seja a clientes, seja a conhecidos. A Ordem dos Médicos é inequivocamente contra a prática de MAC. Não existia, em 2001, qualquer proposta legislativa em preparação para a regulamentação e legalização destas medicinas, embora desde a década de 1990 que ao nível do Parlamento se verifique uma atitude favorável ao reconhecimento oficial de técnicas e profissionais das MAC.

Espanha é classificada por Maddalena no sistema monopolista, embora constate que as MAC estão semi-reconhecidas pelo Estado. Segundo o autor, o país tem um sistema monopolista de licenciamento da prática médica, reservada aos médicos que sejam licenciados por uma universidade reconhecida, que cumpram as suas obrigações fiscais e que respeitem o código deontológico. Segundo o código deontológico, a prática de métodos que não estejam cientificamente provados é proibida, mas o Estado tem uma atitude tolerante relativamente a médicos que pratiquem MAC em regime de clínica privada. Na Catalunha, em 1997, o código deontológico foi reelaborado e os médicos podem praticar métodos não comprovados cientificamente mediante a figura jurídica do «consentimento informado».

Esta figura jurídica, segundo a qual os médicos têm a obrigação de informar os pacientes de que os métodos utilizados não estão cientificamente comprovados e o paciente tem de consentir na sua utilização, é uma forma de contornar a falta de legalização ou regulamentação do exercício de MAC. Em vários países verifica-se o recurso a esta formulação. A extensão em que é utilizada em Portugal está por determinar, no entanto, no trabalho de campo realizado encontramos indícios de que há médicos portugueses que recorrem a esta formulação jurídica desde há décadas.

Assim, na Catalunha, as MAC são semi-reconhecidas pelo Estado, no sentido em que as decisões judiciais legitimam o exercício destas medicinas por parte de não médicos e por existir um decreto (Decreto Real 1175/1990 de 28 de Setembro) em que os naturopatas e os acupunctores são definidos como profissionais de saúde sujeitos a taxação fiscal.

Temos o exemplo de uma decisão judicial, de 1989, em que o Supremo Tribunal declarou inocente um terapeuta que praticava acupunctura e moxabustão. A argumentação foi a de que o terapeuta detinha diplomas estrangeiros e era membro de uma associação internacional de terapeutas; acrescenta-se ainda o argumento de que a disciplina não faz parte do currículo médico oficial e, desta forma, a sua prática não pode ser considerada como exercício ilegal de medicina tal como definido no código penal. Em 1993, o Supremo confirmou esta decisão no caso de outro terapeuta acupunctor.

A situação espanhola, quer no que se refere ao reconhecimento dos terapeutas em termos fiscais, ou nos argumentos judiciais para a não condenação dos arguidos, é muito semelhante à situação portuguesa no período anterior à promulgação da lei de 2003 que visa a regulamentação destas medicinas em Portugal. No entanto, o autor não refere o caso português e teremos oportunidade de descrever mais detalhadamente o nosso caso.

Ainda segundo Maddalena, no que respeita ao caso espanhol, na década de 1990, as associações profissionais de terapeutas registadas pelo Ministério do Interior e, portanto, reconhecidas pelo Estado, desenvolvem esforços no sentido dos terapeutas com formação graduada serem reconhecidos pelo Estado, em particular as associações de naturopatas, de acupunctores, de quiropratas e de osteopatas. Segundo dados de 1994, a Ordem dos Médicos espanhóis mudou de uma posição condenatória das MAC para uma posição de defesa da legalização destas medicinas em Espanha e na Europa, desde que praticadas por médicos.

Países Tolerantes

Segundo Maddalena, a Bélgica deteve um sistema monopolista até 1999. A prática médica era regulada por um decreto específico com data de 1967 que introduzia um monopólio na área da saúde. O código deontológico médico proibia a prática de MAC aos médicos e previa sanções disciplinares. A Ordem era total e oficialmente contra as MAC. Os profissionais de saúde que não fossem médicos podiam exercer estas medicinas desde que sob supervisão médica, como era o caso da prática da osteopatia pelos fisioterapeutas. O controlo e a aplicação de sanções era efectivo e bastante estrito. No entanto, na década de 1990, os tribunais tornaram-se mais tolerantes nas decisões judiciais e passaram a condenar somente casos provados de fraude ou de má prática, que tivessem conduzido a danos graves para o paciente.

Com a Lei de 29 de Abril de 1999, o Parlamento Belga adoptou uma legislação de enquadramento legal das medicinas alternativas. Segundo a informação fornecida por Maddalena, o processo legislativo belga terá sido despoletado pelas directivas europeias sobre medicamentos homeopáticos, altura em que o governo belga terá pedido ao Departamento Federal de Saúde Pública parecer para a elaboração de uma legislação sobre MAC. A posição governamental era a de que deveria ser dado direito de escolha terapêutica à população, desde que estas terapêuticas fossem seguras, estruturadas e controladas. O executivo considerava que a prática destas medicinas sem enquadramento legal constituía uma situação de risco.

Segundo a legislação aprovada, o exercício legal de MAC como a homeopatia, a quiropraxia, a osteopatia e a acupunctura encontra-se legalizado e outras destas medicinas têm em preparação a sua regulação normativa, o seu exercício depende, actualmente, da obtenção de um registo que licencia a prática específica, obtido junto do Ministério dos Assuntos Sociais, Saúde Pública e Ambiente.

Existe uma Comissão que aconselha o governo relativamente à prática de MAC, em particular no que respeita às condições para receber e suspender uma licença ou registo. Controla ainda a existência de seguro profissional, a pertença a uma associação profissional reconhecida, o sistema de registo, a publicidade e os actos médicos proibidos a não médicos. Esta Comissão é composta por cinco membros das faculdades de biomedicina e cinco membros nomeados pelas associações profissionais de cada medicina alternativa e complementar. Cada câmara deve propor os padrões do exercício da profissão e aconselhar

o governo na criação de um sistema de revisão pelos pares e na elaboração de um código deontológico.

Mas vejamos em que se traduz esta legalização. Tomemos como exemplo o caso da acupunctura. Para obter um registo de acupuncturista, o candidato deve pertencer a uma associação profissional reconhecida, deter um título escolar de médico, dentista, fisioterapeuta, enfermeiro qualificado ou parteira. Deve ainda ter estudado 750 horas de acupunctura, incluindo 250 horas na disciplina de patologia e 250 horas de prática clínica. A formação comporta ainda uma dissertação.

Segundo a lei, os terapeutas em geral que não sejam médicos devem obter um diagnóstico recente do paciente em biomedicina. Só o paciente tem o direito de dispensar este exame, mediante uma declaração escrita, e estão previstas sanções para casos em que se prove que o terapeuta forçou o paciente a assinar a declaração. O terapeuta tem também a obrigação de informar o médico do estado de saúde do paciente, sob autorização prévia deste. Os terapeutas são obrigados a manter uma ficha clínica de cada paciente.

Ou seja, a legislação belga privilegia os profissionais com formação biomédica, embora não restrita aos médicos, seja na obtenção de licença para a prática, seja no exercício das MAC supervisionado pelos médicos.

Anteriormente, como refere Sermeus (1991), os médicos detinham o monopólio da prática das MAC, mais especificamente, daquelas com maior tradição junto dos médicos, a homeopatia e a acupunctura, que eram praticadas sobretudo por médicos de clínica geral. Mas em meados da década de 1980, foi realizado um inquérito à população que demonstrou que a prevalência anual de utilização de medicinas e terapêuticas alternativas e complementares era de 31% na população com 15 anos ou mais. O inquérito revelava também que a grande maioria da população desejava que estas medicinas fossem participadas. Embora não haja mais dados disponíveis sobre o processo de institucionalização belga, podemos concluir que a pressão da procura terá tido alguma influência na alteração da posição da Ordem dos Médicos.

Segundo Stepan (1983), na Alemanha existiu desde finais do século XIX o que se denominou de «liberdade de curar» (*Kurierfreiheit*), segundo a qual qualquer um podia curar, sem limites de credenciação biomédica ou outra credenciação oficial. Maddalena refere que a legislação sobre a liberdade de curar (*Kurierfreiheit*) foi juridicamente baseada em dois princípios: a liberdade de todos para praticar medicina e a liberdade de escolha do tratamento pelos pacientes, assim como a escolha entre um médico ou um não médico; nos

finais do século XIX, não existiam exames médicos, nem qualquer controlo sobre a formação. Em 1883 introduziram-se alterações e os *Heilpraktikers* foram obrigados a informar os pacientes sobre tratamentos que pudessem pôr em risco a vida.

No entanto, esta lei colocava alguns problemas, havia alegações de abusos por práticas fraudulentas e Maddalena refere que existia uma forte competição entre médicos e *Heilpraktikers* que terá mesmo resultado em conflitos. Nos princípios do século XX, houve várias tentativas de legislar sobre a prática médica, sem resultados. Em 1930 surgiu um movimento para restringir as actividades dos *Heilpraktikers* mas verificou-se violenta oposição contra as restrições à liberdade de praticar medicina. Somente em 1939 foi por diante um acto legislativo, ainda em vigor na actualidade, que abolia o princípio geral da liberdade de curar (*Kurierfreiheit*), estabelecia princípios de controlo do acesso à profissão de *Heilpraktiker*, regulava a profissão, criava uma associação profissional nacional e, finalmente, estabelecia o monopólio médico sobre a prática médica.

A finalidade do decreto era a do estabelecimento do monopólio médico no longo prazo. Assim, os que praticavam medicina podiam continuar a fazê-lo mas não teriam direito à renovação das licenças, os *heilpraktikers* obtinham licenciamento, mas não eram autorizadas novas escolas. O decreto de 1939, dadas as suas finalidades, estabelecia somente princípios administrativos de licenciamento dos *heilpraktikers* sem regular a profissão em termos de formação, tipos de conhecimentos e habilitações. Mas a intenção de monopolização do mercado da saúde pelos médicos através do poder legislativo do Estado acabou por não se realizar no longo termo.

Com base na Constituição de 1949, o Tribunal Constitucional interpretou o decreto à luz dos direitos constitucionais: o direito à livre escolha de uma profissão impedia a pretendida restrição do acesso à profissão de *heilpraktikers* e a restrição da emissão de licenças prevista pelo decreto de 1939 foi também considerada inconstitucional. Desta forma, na actualidade, os *heilpraktikers* podem praticar apenas com a restrição de se não definirem como médicos e a licença para praticar a profissão é regulada por um decreto de 1941. Esta regulação da profissão prevê um exame por uma Comissão de Saúde do Departamento de Saúde do Estado, em que o candidato deve demonstrar conhecimentos suficientes sobre regulamentos de saúde, nomeadamente no que diz respeito a doenças epidémicas, e conhecimentos básicos sobre biomedicina nas áreas de anatomia, fisiologia, medidas de higiene, patologia, esterilização, desinfeção e diagnóstico. A definição de acto médico, segundo a lei, é a de actividades que requerem conhecimento de biomedicina, por oposição a conhecimentos técnicos que possam contribuir para a cura do paciente.

Aldridge (1991) refere que a crescente procura e exigência de participação pelos consumidores levou a que as companhias de seguros pressionassem o governo alemão para a regulamentação da actividade dos terapeutas, apesar do poderoso lóbi médico para a não regulamentação. A pressão da procura, assim como a legislação europeia são elencados por este autor como factores que favoreceram a regulamentação das MAC na Alemanha.

Segundo Stepan (1983), no Reino Unido, desde os séculos XVI-XVII que a *Common Law* estipula a liberdade de oferecer cuidados de saúde. Segundo a lei britânica, qualquer um pode praticar actos terapêuticos desde que não utilize indevidamente o título de médico. Uma lei de 1950 reconheceu a certificação pela Faculdade de Homeopatia. Os homeopatas e restantes terapeutas podem exercer em regime de clínica privada. Em 1993 foi decretada a legalização da Osteopatia, no ano seguinte, 1994, legalizou-se a Quiropraxia. Estes decretos foram acompanhados da criação de um Conselho Geral para cada uma destas medicinas alternativas, composto por quatro comités a actuar em quatro áreas específicas: regulação da formação, inquérito, conduta profissional e saúde. Cada um destes Conselhos elabora um código de boas práticas. Os que praticam MAC legalizadas estão obrigados a subscrever um seguro para poderem exercer. No Reino Unido prepara-se actualmente o reconhecimento legal da fitoterapia e da acupunctura.

Segundo Maddalena, a prática de medicina está restringida a médicos certificados, mas o direito de praticar medicina alternativa e complementar sem reconhecimento oficial está consagrado na *Common Law*. Esta tradição legal assenta no princípio fundamental de que todos têm a liberdade de escolha do tipo de cuidados de saúde que querem receber e estabelece para os terapeutas o dever de cuidar. Sob a figura jurídica do consentimento informado, qualquer pessoa pode tratar qualquer pessoa, mesmo sem fazer prova de que possui formação na área de cuidados de saúde. No entanto, não podem utilizar o título de médico, prescrever medicamentos regulados como medicamentos de tratamento médico, não podem contradizer instruções ou prescrições feitas por médicos, nem declarar poder curar ou tratar doenças específicas que a lei protege como doenças para tratamento médico.

Não existe regulamentação da prática de medicina alternativa e complementar em geral, mas a osteopatia e a quiropraxia estão parcialmente regulamentadas pelas leis de 1993 e 1994, respectivamente. No entanto, são profissões semi-reconhecidas, na medida em que osteopatas e quiropratas não estão reconhecidos como profissionais de saúde e, como tal, não podem praticar no âmbito do serviço nacional de saúde. Por outro lado, a prática de MAC, mesmo as acima referidas, está sujeita à supervisão por um médico, excepção nos casos em que sejam praticadas por profissionais de saúde reconhecidos como tal.

A criação de um enquadramento legal para a quiropraxia e a osteopatia na década de 1990 marca a transição para a tendência de profissionalização das MAC. A seguir a estas duas medicinas, outras se seguiram na procura de regulação, como os acupunctores, os homeopatas e os herbalistas. Estas medicinas alternativas estão actualmente, desde 2008, em processo de regulação.

Ainda segundo Maddalena, o governo britânico passou a defender a posição de que a regulação seria apropriada nos casos em que as MAC assentam num corpo de conhecimento sistemático, quando existe já um esquema voluntário de registo, um código profissional de conduta, quando os profissionais defendem e procuram essa regulação e, finalmente, quando a profissão médica apoia a regulação. Num outro aspecto, os decretos de 1993 e 1994 seguem em grande parte o modelo da regulação da profissão médica (*Medical Act*, 1983). A Comissão de Ciência e Tecnologia (*Select Committee on Science and Technology - House of Lords*), fazia um ponto da situação em 2000. Sublinhava a questão da imensa variabilidade de MAC e a fragmentação das associações representativas, que se verificava igualmente dentro de cada medicina. Recomendava, como condição da regulamentação, a criação de associações únicas que federassem as múltiplas associações existentes. O Governo e as duas câmaras parlamentares detêm uma posição de apoio ao princípio de liberdade de escolha pelos pacientes dos cuidados de saúde, de acordo com o princípio há muito consagrado na *Common Law*.

Na Holanda, ainda segundo dados fornecidos por Maddalena, até 1865, quando a biomedicina adquiriu o monopólio do Estado sobre os cuidados de saúde, com a Lei da Prática Médica, não havia restrições ao exercício de medicina e os médicos com formação universitária concorriam com praticantes de medicina com formação técnica nas denominadas Escolas Médicas e com outros praticantes de medicina sem qualquer tipo de formação. Como em outros países com monopólios médicos, as MAC eram proibidas mas os tribunais raramente condenavam os que as praticavam.

Nos finais da década de 1990 emergiu na opinião pública uma concepção contrária ao monopólio médico, um movimento em apoio da liberdade de escolha pelo paciente dos cuidados de saúde a receber, que veio a ser apoiada pelos poderes públicos. Os médicos opuseram-se ao fim do monopólio com base no argumento da falta de provas científicas que legitimassem as MAC, mas o Ministério da Saúde considerou o princípio da liberdade de escolha mais relevante.

A resposta governamental traduziu-se na criação de uma Comissão sobre Medicina Alternativa (CAS) com a finalidade de rever a regulamentação da prática médica. Esta comissão recomendou ao Ministério da Saúde que enquadrasse legalmente os profissionais destas medicinas nos termos da lei de 1977 que regula os profissionais qualificados da área da saúde, assim como a promoção de formação biomédica para estes profissionais. Com base nas recomendações da comissão, uma nova legislação, em 1993 substituiu a lei de 1865. Esta legislação tem como princípio o direito de todos a praticar cuidados médicos, estabelece os padrões da prática profissional, os procedimentos de registo, os procedimentos reservados à biomedicina, os termos disciplinares da prática das várias profissões de saúde, regula o tipo de formação em cada área e reserva o uso dos respectivos títulos aos detentores da formação correspondente.

Segundo Dixon (2008b), actualmente existe liberdade de exercício para terapeutas, não reconhecidos como profissionais de saúde, praticarem MAC desde que não utilizem o título de médico ou de outra profissão de saúde reconhecida pela lei. Neste enquadramento legal, para que os profissionais das MAC possam registar-se necessitam de estabelecer um perfil profissional que defina as áreas de aplicação dos seus tratamentos, as aptidões e formação requeridas, os padrões de qualidade e os procedimentos de revisão pelos pares. Tal como em outros países onde se abre caminho para a liberalização e regulamentação da prática de MAC, o executivo holandês incentivava as organizações dos profissionais das medicinas alternativas a procederem a uma auto-regulação, requisito para se avançar na sua legalização.

Segundo Maddalena, na Noruega, a primeira legislação sobre prática médica data de 1619, com novos decretos em 1871 e 1936. Nesta última data foram introduzidas restrições do direito de exercício da medicina, ou seja, estabeleceu-se o monopólio médico através da regulação dos actos médicos, prática exclusiva de médicos licenciados e registados. Este decreto serviu de modelo à legislação da Suécia e da Dinamarca.

As MAC não foram regulamentadas por estes decretos, mas os médicos estavam autorizados a praticá-las. Excepção para a quiropraxia, reconhecida por uma legislação com data de 1990 como profissão de saúde, num decreto cujo objecto é a regulamentação das profissões da saúde. A legislação de 1936 previa sanções para a utilização indevida do título de médico e para os não médicos que praticassem actos médicos indicados na lei. No entanto, as sanções raramente eram usadas e segundo posição oficial do Ministério da Saúde em 2001, considerava-se a legislação de 1936 desactualizada.

A quiropraxia foi regulamentada numa legislação de 1990 e o título que quiroprata passou a estar protegido pelo Estado. A prática de acupunctura, embora não regulada pela lei, não é considerada acto cirúrgico (ou seja, acto médico) pela Comissão sobre Medicina Alternativa. Esta Comissão, foi criada em 1997 pelo Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais para elaborar um relatório sobre as dimensões legais, educacionais e económicos das MAC. Segundo este relatório, após consulta das associações profissionais de praticantes de MAC, concluiu-se que estas desejavam uma maior integração com os serviços nacionais de saúde. Neste sentido, foram feitas recomendações para que se realizasse uma aproximação entre estas medicinas, a biomedicina e os serviços nacionais de saúde, sem que fosse proposta uma efectiva integração das MAC nestes serviços, propunha-se a promoção de projectos locais conjuntos, promoção de informação geral ao público e acções de formação para os profissionais de saúde e o respectivo financiamento destas actividades.

O relatório não propunha alterações à lei, embora defendesse o princípio de liberdade de escolha para os pacientes em idade adulta, desde que o tratamento fosse realizado em cooperação com um médico licenciado. Propunha, antes, que o Estado estabelecesse um banco de dados a partir do qual reconhecesse o registo em associações profissionais que oferecessem garantias, ou seja, que estabelecessem critérios de qualificação – sem que a comissão especificasse mínimos de competência em ciências médicas ou na área de cada medicina alternativa e complementar; que detivessem um código de ética e um sistema disciplinar; que tivessem um número mínimo de trinta membros; que obrigassem os seus membros a deter um seguro que protegesse os doentes e que mantivessem um relatório anual sobre a actividade económica desenvolvida pelos seus membros.

Com base neste relatório, o Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais decidiu que devia ser fomentada a investigação nas MAC, tendo sido estabelecido um Centro de Competência em Medicina Alternativa em 2001. O Estado também deliberou que a Lei de 1936 fosse considerada ultrapassada e, conseqüentemente, fosse revista. Aceitou e implementou a recomendação de um banco de dados. Estabeleceu ainda um grupo de contacto para estabelecer pontes entre os profissionais de saúde e os profissionais de medicina alternativa e complementar e reconheceu a necessidade de promover acções de formação junto do pessoal de saúde.

Em 1999 foi assinado um acordo entre o Estado norueguês e a República Popular da China para dar formação aos profissionais de saúde sobre Medicina Tradicional Chinesa

e para a integração desta medicina no sistema nacional de saúde. Este acordo teve efeitos práticos e em 2001 a Medicina Tradicional Chinesa fazia já parte do Sistema Nacional de Saúde da Noruega.

Segundo Dixon (2008b) em 2003 foi introduzida nova regulamentação pelo Estado. Segundo esta legislação, os profissionais de medicina alternativa e complementar não precisam de licença específica para exercer, mas devem registar-se no centro de registo estatal criado para o efeito, em regime voluntário. Para o registo, é necessário fazer parte de uma associação profissional aprovada pelo Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais norueguês. Para serem reconhecidas, as associações profissionais têm de ter estatutos que definam as qualificações profissionais dos seus membros e um código deontológico que, entre outros aspectos, preveja mecanismos disciplinares de defesa dos direitos dos pacientes. Nestas condições, e tendo um mínimo de trinta membros, as associações profissionais devem ter registo legal num departamento administrativo do Estado. Para poderem usar a credenciação de terapeutas registados, estes devem ainda estar registados como profissionais liberais ou empregados por empresa registada, ou seja, serem entidades fiscais reconhecidas pelo Estado. Devem ainda deter um seguro que proteja os direitos dos pacientes. Em suma, o relatório da Comissão sobre Medicina Alternativa constituiu uma ponte para a legislação aprovada em 2003.

Na Dinamarca, segundo Maddalena, a regulação da prática de medicina foi estabelecida por um decreto de 1970, que a restringiu a médicos credenciados e aos restantes profissionais de saúde com reconhecimento legal. A prática de medicina alternativa e complementar por não médicos é permitida sem que seja obrigatória qualquer autorização, nem exigido qualquer tipo de formação, mas estes não são reconhecidos como profissionais de saúde. A sua actividade é portanto permitida mas sem que haja qualquer reconhecimento oficial, os seus títulos não estão protegidos e legitimados pelo Estado nem estão integrados no sistema nacional de saúde, com excepção da quiropraxia, cujos tratamentos, desde que sejam realizados por membros da Associação Quiroprática Dinamarquesa, são parcialmente reembolsados pela segurança social. A quiroprática foi regulada por legislação de 1992 que obriga estes terapeutas a informar o médico de cada paciente do diagnóstico e tratamento aplicados.

Estão definidos na lei os actos médicos que estão reservados a médicos licenciados. A prática ilegal de medicina é sancionada pela lei mas na prática os que exercem medicina alternativa e complementar que não sejam médicos só são sentenciados no caso de morte, séria deterioração da condição de saúde do paciente ou venda de produtos perigosos. Em

1981, a inserção de agulhas foi considerada uma operação cirúrgica pelo Supremo Tribunal dinamarquês, do que decorre que a acupunctura só pode ser realizada por médicos licenciados.

Ainda segundo Maddalena, na Suécia foi promulgada uma legislação em 1960 que foi incorporada na legislação mais actual de 1999. Somente os quiropratas e os naprapatas³³ estão incluídos nas categorias do pessoal de saúde reconhecido. Desde 1989 que os quiropratas que satisfaçam os critérios do Conselho de Educação de Quiropraxia estão oficialmente reconhecidos e podem obter licença para praticar no Serviço Nacional de Saúde, embora o primeiro reconhecimento oficial de uma escola sueca de formação em quiropraxia tenha sucedido somente em 1998.

A prática de medicina com uso do título médico está reservada aos médicos licenciados e estão definidos na lei quais os actos médicos. Os que exerçam medicina sem que sejam médicos e que sejam acusados de má prática estão sujeitos a sanções do código penal e ficam proibidos de trabalhar no sector da saúde.

Em 1989 foi publicado o Relatório da Comissão sobre Medicina Alternativa, criada pelo Parlamento Sueco. Das conclusões do relatório destaca-se a recomendação de que deveria ser estabelecida a liberdade de escolha pelos cidadãos do tratamento de saúde, desde que acautelada a sua segurança e a satisfação das necessidades do consumidor. Foi também estabelecida a Comissão Sueca sobre Competência para realizar uma revisão dos princípios de autorização e competência em MAC, com relatório publicado em 1996.

As recomendações destas duas comissões foram a criação de um novo estatuto legal para a prática de MAC; a criação de um registo do Estado mediante a aprovação em exame oficialmente reconhecido; a criação de títulos profissionais protegidos pela lei; o fim das restrições à prática mediante a definição legal de actos médicos reservados aos médicos; a introdução, no Serviço Nacional de Saúde, das MAC com base no registo oficial; o planeamento de estudos científicos e o estabelecimento de pontos de contacto entre a medicina alternativa e complementar e a biomedicina. Em 2005 estas medidas ainda não tinham sido aplicadas.

Finalmente, seguindo a informação fornecida por Maddalena, na Finlândia, a prática de medicina com uso do título está reservada aos médicos e protegida pela lei. No entanto, segundo legislação de 1994, os terapeutas de quiropraxia, osteopatas e naprapatas que tenham recebido formação reconhecida podem usar o título de terapeuta com

³³ Medicina alternativa e complementar similar à quiropraxia e osteopatia.

formação, os restantes terapeutas podem exercer desde que não usem qualquer título ou credenciação e não podem praticar nos serviços públicos. Não estão definidos na lei, nem existe jurisprudência, sobre quais os actos médicos restringidos aos médicos licenciados, daí que raramente haja processos legais contra não médicos.

Em conclusão, dos sistemas normativos europeus que descrevemos detectam-se algumas tendências importantes para o enquadramento do caso português.

Em primeiro lugar, os sistemas monopolistas tendem a evoluir para sistemas tolerantes. Por um lado, o sancionamento de normas mais restritivas tende a ser de difícil aplicação, nomeadamente devido à existência de um mercado informal e de normas jurídicas gerais que são contraditórias com o sancionamento da prática de MAC. Por outro lado, há uma crescente tolerância que pode derivar da pressão da procura das MAC no mercado da saúde mas que também encontra fundamento na alteração do ideário dos direitos fundamentais, como é o caso da valorização que cada vez mais se observa do direito de escolha terapêutica por parte dos cidadãos.

Em segundo lugar, o movimento para a profissionalização dos terapeutas parece ser uma tendência generalizada e irreversível nos países europeus, seja na modalidade de autonomia para exercer seja na modalidade tutelada pela profissão médica.

No entanto, e como terceira tendência, verifica-se igualmente que a inclusão do exercício de MAC nos sistemas nacionais de saúde, mesmo se constitui uma reivindicação cada vez mais presente nos países desenvolvidos, raramente se verifica: na maioria dos casos em que tal sucede trata-se de uma prática exercida pelos profissionais da biomedicina ou, quando é permitida aos terapeutas, encontra-se sob tutela médica.

Capítulo 4

O Processo de Institucionalização Português

4.1. Organizações e Estratégias Profissionais

4.1.1. Entre a Exclusão e a Cooptação: a Ordem dos Médicos e a Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura

Rita Garnel (2006) enquadra o crescente poder da medicina e dos médicos portugueses a partir dos finais do século XVIII na crescente importância dos intelectuais e do seu «combate pelo poder simbólico e cultural que atravessa o século XIX, inseparável do processo de construção do Estado moderno» (Garnel 2006: 77). Num outro aspecto, no quadro de pensamento da época, em que a sociedade surge como um organismo, a medicina emerge como uma «medicina social». Os médicos deslocam a atenção da doença para a saúde e a sociedade, fiéis a essa ideia de «progresso» que atravessa a época, passariam a fazer diagnósticos dos males sociais, contribuindo para o início da medicalização da sociedade, uma vez que os comportamentos desviantes passam a fazer parte das suas preocupações e intervenções públicas. A tarefa de diagnosticar cientificamente os males da sociedade assentava na credibilização crescente da ciência, onde se situam e a partir da qual vão reivindicar um lugar destacado no conjunto das elites intelectuais. Nesta época, alargam as suas redes sociais e intervêm publicamente. Nas palavras da autora, os médicos desta época souberam

tornar-se auxiliares indispensáveis do Estado e alcançar posições de reconhecida autoridade e valor social. As estratégias adoptadas passavam pela credibilização do diploma que lhes assegura o reconhecimento da sua competência intelectual, isto é, os certifica como peritos, pelas lutas pelo monopólio de um mercado, pela monopolização profissional e pela capacidade de convencimento do público (Garnel 2006: 79).

A primeira organização profissional dos médicos portugueses surge em 1898, a Associação dos Médicos Portugueses, com alvará publicado a 30 de Junho desse ano, na sequência de carta enviada a El-Rei solicitando aprovação (Reis 2007). Ainda segundo Carlos Vieira Reis (2007: 19), «a ideia era antiga e fermentava há alguns anos entre os médicos mais destacados da capital» e a primeira reunião para constituição da futura Associação realizou-se no dia 13 de Novembro de 1897, na Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, sita na Rua do Alecrim. Na terceira sessão preparatória, a 4 de Abril de 1898, lavrou-se em acta a discussão do projecto de Estatutos da Associação, onde pode ler-se:

À cerca do artº 4º o Sr. J.P. d'Almeida propoz que não fossem admittidos nas associações os medicos homeopaths e aqueles que não seguissem na sua clínica os processos ensinados e adoptados pelas escolas e clínicas do paiz. Depois de acalorada discussão sobre este assumpto e na qual tomaram parte os Srs. [...] foram aprovados os artigos do projecto ficando assente que só fizessem parte da associação os médicos habilitados pelas escolas do paiz, excluindo-se todos os que na sua prática não seguissem os processos scientificos e clínicos n'ellas ensinado (Reis 2007: 56).

Já depois de obter alvará, a Associação dos Médicos Portugueses continuava a debater, como um dos principais problemas, a questão dos curandeiros e da necessidade de diferenciação oficial dos médicos relativamente àqueles. Em acta da sessão de 16 de Outubro de 1899, podia ler-se:

O Sr. Estevão de Vasconcellos fez lembrar que na sessão de 7 de Janeiro de 1899, tinha assignado uma proposta representando ao governo, para que a lei de saúde em vigor, fosse respeitada em todas as suas prescrições. Algum tempo depois emanou do governo civil uma ordem prescrevendo que todos os médicos fizessem registrar os seus diplomas, o que a muitos foi objecto de serios embaraços pelas grandes despezas a fazer. No governo civil disseram-lhe que o prazo para o registo terminára no fim de Setembro.

Ora até hoje não lhe consta que se tenham tomado providencias de especie alguma, continuando os curandeiros a exercer medicina ilegalmente. Cita o caso de um doente tratado pelo orador, depois de ter soffrido com o curandeiro Epaminondas as maiores torturas therapeuticas.

Costumam perseguir os curandeiros pro forma, se o doente tem a infelicidade de morrer; se escapa das mãos desse individuo, o curandeiro continua a exercer o seu myster sem que ninguém o incomode.

(...) Na provincia ainda se pode desculpar este abuso, porque muitas vezes o curandeiro é o próprio regedor! Em Lisboa é intolerável semelhantes abusos. (Reis 2007: 66).

Do texto transcrito, facilmente se depreende que nesta época em que os médicos começam a definir-se enquanto grupo profissional com organização representativa, não possuíam instrumentos legais para monopolizar o mercado do exercício da medicina. Por outro lado, o movimento de constituição de associações profissionais representativas dos médicos, por oposição a outras práticas de medicina, não sucede somente em Portugal, é antes uma tendência constante na emergência das associações profissionais de médicos, a partir da segunda metade do século XIX.

Também a *American Medical Association* (AMA) surge em forte oposição aos homeopatas e não somente por necessidade de distinção entre médicos e «charlatães» em geral. Segundo Berlant (1975), o código deontológico da AMA de 1847 proibia a consulta com «práticos irregulares» e na revisão deste código de 1903, a referenciação médica de pacientes a estes «irregulares» será também proibida, com reforço normativo em 1949. Ainda segundo este autor, a AMA entra em confronto com os homeopatas nos anos de

1882-3, recebendo a oposição de um outro segmento de médicos, a *New York Medical Society*, que não apoiava a estratégia de condenação e exclusão dos homeopatas. Desta oposição vem a resultar um efeito contrário no público, de maior simpatia pelos homeopatas, sob a imagem de vítimas de perseguição.

Em Portugal, apenas em 1938, no âmbito do decreto que regulava os Sindicatos Nacionais no enquadramento nacional do Corporativismo³⁴, é criado o Sindicato Nacional dos Médicos, com a denominação de Ordem dos Médicos. É designada como organismo de utilidade pública, sendo-lhe atribuídas as vantagens e atribuições consignadas na lei. Segundo o decreto em que se publicam os Estatutos da Ordem:

A Ordem tem por fim o estudo e defesa dos interesses profissionais, nos seus aspectos moral, económico e social, competindo-lhe especialmente: 1º Exercer as funções políticas conferidas pela Constituição da República Portuguesa aos organismos corporativos; 2º Dar parecer sobre os assuntos da sua especialidade acerca dos quais for consultada pelos organismos corporativos de grau superior ou pelo Estado (...).³⁵

O decreto institucionaliza a inscrição obrigatória na Ordem para o exercício da medicina, e restringe a inscrição aos indivíduos legalmente habilitados para o exercício da profissão, ou seja, credenciados por escolas legalmente reconhecidas. Compete-lhe ainda, entre outras atribuições, por delegação do Estado, «Velar pela execução das leis e regulamentos relativos ao título e à profissão de médico, promovendo procedimento judicial contra quem os use ou exerça ilegalmente».

É no sentido de conferir poderes efectivos à Ordem dos Médicos, nesta função delegada pelo Estado de zelar pela legalidade do exercício da medicina por indivíduos credenciados nos termos instituídos, que surge um novo decreto em 1942³⁶. Este decreto reafirma no seu artigo 1º que «O exercício da medicina só é permitido às pessoas legalmente habilitadas inscritas na Ordem dos Médicos e tendo registado o respectivo diploma de habilitação profissional, nos termos da lei.» À atribuição pelo Estado do monopólio de exercício da medicina aos indivíduos legalmente habilitados e inscritos na Ordem, o decreto vem acrescentar a delegação dos poderes legais do Estado na exclusão de concorrentes, oferecendo deste modo aos profissionais médicos o direito de encerramento de serviços médicos em oferta no mercado que não tenham a aprovação da Ordem. Assim, no artigo 12º, pode ler-se:

³⁴ Decreto-lei n.º 23050 de 1933.

³⁵ Decreto n.º 29171 de 24 de Novembro de 1938.

³⁶ Decreto-lei n.º 32171 de 29 de Julho de 1942.

Aquele que, sem qualquer título ou sem título bastante, praticar observação ou tratamento de pessoas por qualquer método ou processo que tenha por fim a cura de estados mórbidos ou incómodos de saúde, ou qualquer outro acto próprio da profissão médica, e bem assim aquele que assumir a direcção de qualquer dos actos compreendidos neste artigo, incorre na pena do § 2º do artigo 236º do Código Penal.³⁷

No caso de este crime ser «praticado com fins de lucro, a multa será elevada ao dobro». O decreto prevê sanções e o controlo dos médicos licenciados que colaborem nesse exercício de medicina considerado ilegal, o que será reforçado no articulado, «Considera-se co-autor do exercício ilegal da medicina o médico que com o seu nome ou a sua responsabilidade encubra de algum modo actos compreendidos nesse exercício ilegal».

Este decreto especifica ainda algumas das profissões a que está vedado o exercício da medicina: os farmacêuticos e os que pertençam às profissões auxiliares da medicina, especificando parteiras, enfermeiros, oculistas, ortopedistas e odontologistas – assim fechando em norma legal o processo de hierarquização profissional no sector da saúde (cf. Carapinheiro 2004).

No artigo 15º deste diploma, podemos observar a existência de um tipo de concorrente externo ao exercício da profissão médica que a legislação visa combater, os que eram denominados de «charlatães» pela medicina autorizada pelo Estado:

Todos os indivíduos que com o nome de magnetizadores, ocultistas, fisioterapeutas ou semelhantes empreguem práticas, medicações ou quaisquer processos com os quais procurem suggestionar doentes e, de um modo geral, todos os charlatães que usem de processos análogos com o mesmo fim, serão condenados na pena a que se refere o artigo 20º.

No mesmo contexto, pelo artigo 16º observa-se que também visava combater a venda de medicamentos secretos e de medicamentos não autorizados pela Direcção-Geral de Saúde. Os artigos 19º e 20º estipulavam o encerramento pela Polícia de Segurança Pública de consultórios e demais estabelecimentos que não estivessem em conformidade com a lei, mediante requerimento da Ordem dos Médicos. O decreto de 1942 conferia, deste modo, amplos poderes à Ordem dos Médicos, delegando-lhe o poder do Estado ao ponto de a Ordem poder encerrar consultórios de concorrentes no mercado por requerimento directo às forças de segurança do Estado.

Os estatutos da Ordem dos Médicos serão revistos em 1956, 1968, 1969, 1970, 1977 e 2008, sem que nunca seja referido nestes diplomas o decreto-lei de 1942, nem os poderes aí delegados pelo Estado na Ordem.

³⁷ Relativo ao crime de usurpação de funções.

Os estatutos de 1956 não acrescentam qualquer alteração nos aspectos referidos, apenas surge no texto o reforço de sanções internas para os médicos que colaborem com práticas de não licenciados. Assim, no artigo 68º pode ler-se:

[O] médico deve abster-se de exercer a sua profissão como um comércio sendo-lhe vedado, designadamente: [...] §3º Prestar-se a qualquer conluio com farmacêuticos, auxiliares da medicina ou outras pessoas estranhas à profissão médica; [...] §13º Encobrir, mesmo indirectamente, qualquer forma de exercício ilegal de medicina; §14º Usar de embustes, especialmente de todas as práticas de charlatanismo, susceptíveis de afectar o prestígio da profissão³⁸.

As alterações de 1968 e de 1970 visam essencialmente alargar a jurisdição da Ordem dos Médicos às províncias do Ultramar. A alteração aos estatutos de 1969 é mínima e concerne à definição de licenciamento em termos da carreira médica. Na alteração aos estatutos de 1977, surge o órgão consultivo relativo à participação da Ordem na criação e alteração dos currículos médicos reconhecidos, o Conselho Nacional de Ensino e Educação Médica (CNEEM), assim como o Conselho Nacional para o Serviço Nacional de Saúde (CNSNS) que prevê na lei a participação da Ordem dos Médicos na planificação e nos organismos de regulação do SNS. Desapareceram do texto quaisquer menções a concorrentes externos, muito embora seja reafirmado o princípio instituído desde 1938 de que cabe à Ordem, «Velar pelo exacto cumprimento da lei, do presente Estatuto e respectivos regulamentos, nomeadamente no que se refere ao título e à profissão de médico, promovendo procedimento judicial contra quem o use ou exerça ilegalmente»³⁹.

Nos estatutos aprovados no ano de 2008, já não consta qualquer preceito como o anterior. Aparentemente, a Ordem dos Médicos já não tem competências delegadas pelo Estado de promover procedimentos judiciais contra o exercício ilegal da medicina. Note-se que, segundo a lei que veio regular o Regime das Associações Públicas Profissionais, «Ressalvando o código deontológico, as associações públicas profissionais não podem deliberar sobre o regime jurídico da profissão nem sobre os requisitos e as restrições ao exercício da profissão»⁴⁰.

Desta forma, no artigo 45º do código deontológico de 2008, podemos ler:

O Médico deve abster-se de quaisquer cuidados terapêuticos ou diagnósticos não fundamentados cientificamente, bem como de experimentação temerária, ou do uso de processos de diagnóstico ou terapêutica que possam [...] provocar estados mórbidos, salvo havendo consentimento formal do doente ou do seu representante legal, preferencialmente

³⁸ Decreto-lei nº 40651 de 21 de Junho de 1956.

³⁹ Decreto-lei nº 282/77 de 5 de Julho.

⁴⁰ Lei nº6/2008 de 13 de Fevereiro, Artº 4º.

por escrito, após ter sido informado dos riscos a que se expõe, e sempre no interesse do doente, nomeadamente no intuito de lhe restituir a Saúde.

Ou seja, aparentemente, através da figura jurídica do consentimento informado, a que os médicos já recorriam na prática há vários anos, aos médicos já não está vedado o exercício de MAC, que assim se vêem incluídas na natureza de acto médico. Note-se que entretanto, em 1987, a Ordem dos Médicos havia legitimado o uso da acupunctura na terapêutica da dor. No entanto, segundo o artigo 138º do mesmo código deontológico,

Comete falta deontológica grave o Médico que se apresente publicamente com título diferente daquele que é reconhecido na sua licenciatura, ao abrigo da legislação em vigor, como Homeopata, Naturopata ou qualquer outra forma de Medicina paralela, sem prejuízo do artigo 46º.

O código deontológico salvaguarda assim o valor do título e da credenciação médica: embora possam exercer MAC, devem os médicos intitular-se enquanto tais e, implicitamente, estas normas deontológicas reforçam que os terapeutas das MAC não estão sob a caução do exercício legal da medicina. A um tempo, as medicinas alternativas são reconhecidas no contexto do acto médico, e são excluídos da sua prática enquanto tal os terapeutas não aceites pela Ordem como profissionais da Medicina.

Segundo informação disponível na internet⁴¹, em 6 e 7 de Junho de 2003, dois meses antes da aprovação na Assembleia da República da Lei de Bases de Enquadramento das Terapêuticas Não Convencionais (Lei nº45/03), realizava-se o *I Congresso Internacional de Acupunctura Médica da SPMA*, no centro de Congressos da Ordem dos Médicos, no Porto. Este primeiro congresso teve o patrocínio científico da Ordem dos Médicos, estando aí representada pelo Bastonário em funções, o Doutor Germano de Sousa. O encontro realiza-se no Centro de Congressos da Ordem dos Médicos do Porto.

A Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura (SPMA) foi oficialmente criada em Agosto de 2001. Nesse ano, Jorge Fontes, primeiro Presidente da SPMA, declarava aos meios de comunicação social que a acupunctura era «um acto terapêutico e, como tal, só poderá ser exercido por pessoas licenciadas em medicina» e defendia «o exercício da acupunctura com regras, no mínimo por pessoas com licenciatura em medicina», para o que havia que haver uma «noção exacta do número de pessoas que praticam acupunctura e

⁴¹ <http://webchairing.com/spma/home.asp> (acesso em Maio de 2006).

o tipo de qualificação que possuem»; a necessidade de impor regras para o exercício da acupunctura era descrita na notícia como uma das finalidades da Associação⁴².

A Competência em Acupunctura foi criada pelo Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos em 14 de Maio de 2002. Mais nenhuma medicina que possa ser considerada medicina alternativa ou complementar tem uma Competência e um Colégio na Ordem dos Médicos. Uma competência é equivalente a uma sub-especialidade e um título transversal às diferentes especialidades. É definido pela Ordem dos Médicos como

[t]ítulo que reconhece habilitações técnico-profissionais comuns a várias especialidades e que pode ser obtido por qualquer especialista, através de apreciação curricular apropriada, por Comissão para o efeito nomeada pelo Conselho Nacional Executivo⁴³.

Por outro lado, a criação desta Competência associava-se à criação de uma pós-graduação no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), da Universidade do Porto. O acesso à Competência depende da formação e credenciação como médico e da aprovação na formação pós-graduada. Segundo informação disponível na *newsletter* da SPMA⁴⁴, o ano lectivo de 2006/2007 seria o 4º ano de funcionamento da pós-graduação, o que significa que o primeiro curso de pós-graduação teve lugar no ano lectivo de 2003/2004, logo após a publicação da Lei nº45/2003. Os primeiros títulos em Acupunctura Médica foram atribuídos em 30 de Dezembro de 2004⁴⁵.

Se consultarmos a estatística disponibilizada pela Ordem dos Médicos, podemos aceder à informação de que os médicos com Competência em Acupunctura eram 40 em 2005, 45 no ano seguinte e 55 em 2007⁴⁶. Nitidamente, no primeiro ano foram registados mais médicos com esta competência do que nos anos seguintes. Uma explicação para este facto é a de existirem médicos a praticar acupunctura mesmo antes da criação da formação pós-graduada. A SPMA realizou em 2002 um inquérito interno na Ordem, no sentido de determinar quantos médicos tinham formação e prática de acupunctura, e quantos tinham intenção de fazer formação em acupunctura, mas os dados desse inquérito não foram disponibilizados pela Ordem dos Médicos ou pela SPMA.

Em 2003, aquando da realização do 1º Congresso referido, a SPMA reconhecia a acupunctura como eficaz no tratamento da dor (como já a Ordem havia feito em 1987); na

⁴² *Público*, «Sociedade Médica de Acupunctura quer regras para actividade», 2001 (online), (acesso em Maio de 2006).

⁴³ Portal Oficial da Ordem dos Médicos (acesso em 2008).

⁴⁴ *Newsletter* da SPMA, *Ponto de Reunião*, Setembro de 2005.

⁴⁵ *Newsletter* da SPMA, *Ponto de Reunião*, Maio de 2005.

⁴⁶ Portal Oficial da Ordem dos Médicos - «Distribuição por Especialidade, Idade e Sexo» (acesso em Setembro de 2008).

anestesiologia; no pós-operatório e no tratamento dos efeitos da quimioterapia; no tratamento da obesidade; de patologias musculoesqueléticas; de fibromialgias; de lesões em Medicina Desportiva; na Reumatologia (incluindo artrite reumatóide); no tratamento das requalgias; da osteoporose; da asma e de alergias. No site da SPMA, online em 2006, eram referidos os reconhecimentos da eficácia da acupuntura publicados em 1997 pelos *National Institutes of Health*, dos EUA, e os publicados pela OMS em 1998.

Entre as técnicas que os médicos acupunctores utilizavam contavam-se a acupuntura com agulhas, a moxabustão, a electropuntura, a laserpuntura, a auriculoterapia e a fitoterapia. No entanto, reclamavam a sua oposição ao «modelo tradicional» (reportado aos terapeutas) e a filiação na «Acupuntura Médica» que denominam igualmente de «modelo contemporâneo» de base científica (cf. capítulo 2, secção 2.2.3). A acupuntura era assim cooptada como «uma vertente da medicina».

A SPMA tem ainda ligação com a Sociedade Britânica de Acupuntura Médica (*British Medical Acupuncture Association* – BMAS), associada à Ordem dos Médicos do Reino Unido e com a Associação Médica Brasileira de Acupuntura, associada à Ordem dos Médicos no Brasil. Nestes dois casos, os médicos licenciados têm um monopólio relativo da oferta de consultas de acupuntura nos sistemas nacionais de saúde.

Em 2004, num artigo da imprensa, a SPMA defendia a criação no Serviço Nacional de Saúde de unidades de acupuntura em meio hospitalar, coordenadas por médicos licenciados, com base no argumento da sua eficácia e de muito boa relação custo/benefício⁴⁷. Como antecedentes, o Presidente da SPMA em 2003, Jorge Gonçalves, médico Fisiatra, na sua comunicação ao I Congresso, afirmava-se fundador do que teria sido «a primeira unidade de acupuntura do Serviço Nacional de Saúde», fundada em 1995, designada por Gabinete de Acupuntura do Hospital Universitário de Santo António, no Porto. No entanto, segundo dados obtidos no nosso trabalho de campo, uma outra médica, Dra. Alzinda Moreira⁴⁸, também Fisiatra, foi pioneira entre os médicos portugueses, na oferta de consultas em acupuntura, no Hospital Dona Estefânia, na década de 1980. O referido Gabinete de Acupuntura no Hospital de Santo António do Porto, com início em 1995 não terá sido, portanto, o primeiro caso de oferta de consultas de acupuntura no Serviço Nacional de Saúde.

⁴⁷ O *Mirante*, «Associação defende acupuntura nos hospitais», 15-10-2004 (online), (acesso em Junho de 2006).

⁴⁸ Entrevista n.º 27.

Segundo entrevista com a referida médica, que esteve à frente das consultas de acupunctura no Hospital Dona Estefânia, nesta época a prática era tolerada e recorria-se entre os médicos à figura jurídica do consentimento informado prevista no código deontológico. Mas as consultas de acupunctura neste Hospital vieram a terminar. Esta médica referiu ainda que no início não havia a noção de «Acupunctura Contemporânea» de que tinha tido recentemente conhecimento em Congresso da SPMA e afirmou que não alinhava a sua prática de acupunctura pelos princípios de «acção química e neurofisiológica». Fizera formação com um acupunctor de renome internacional, Jean François Borsarello⁴⁹, em França, que leccionava nesse país e em itinerância por mais países, tendo chegado a dar formação em Portugal na década de 1980 a convite desta médica. Ela própria começara pelas aplicações à asma, estendendo posteriormente a sua prática a outras doenças.

Também foi possível, através desta entrevista, compreender que na década de 1980 ainda não havia uma verdadeira competição pelo mercado da acupunctura entre médicos e terapeutas, uma vez que nas formações que eram organizadas se encontravam terapeutas. Em nosso entender, esta situação de convivência sem competição deve-se ao facto de o mercado da acupunctura em Portugal estar ainda no início do seu processo de difusão e de institucionalização. Na actualidade, foi possível apurar no trabalho de campo que na pós-graduação do ICBAS, primeira formação para médicos promovida pela SPMA, se encontrava pelo menos um terapeuta entre os formadores, que detinha títulos internacionais na sua credenciação, obtidos em França e na própria China⁵⁰. Mas a situação é em tudo diferente, o acesso à pós-graduação depende de se ser licenciado em medicina e este terapeuta não era formando mas formador. Durante a entrevista que realizámos, em Abril de 2008, este terapeuta procurou desvalorizar a concorrência entre médicos e terapeutas e eludiu questões específicas sobre esta colaboração, assim como outras informações sobre a prática médica da acupunctura; por exemplo, disse-nos que havia um médico que ia abrir uma clínica de medicina integrada no Porto, mas recusou-se a nomear o mesmo, reservando essa informação sobre o avanço dos profissionais da biomedicina no mercado das MAC como confidencial.

⁴⁹ Médico acupunctor com obras de referência publicadas sobre acupunctura no sistema da medicina tradicional (Cf. *Acupuncture Pratique* ou *Traité d'acupuncture*), foi Vice-Presidente da *l'Ecole Française d'Acupuncture* e membro honorário do *Collège Français d'Acupuncture*.

⁵⁰ Entrevista n° 11.

Em 2004, segundo a notícia publicada referida, funcionava no Hospital de Viseu uma Unidade de Acupunctura⁵¹. Segundo uma revista médica, no mesmo ano funcionavam unidades de acupunctura, integradas nas consultas de dor, nos Hospitais de Santo António e de São João, no Porto⁵². O programa de comunicações do *VI Encontro Nacional de Acupunctura*, que decorreu na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa a 18 de Setembro de 2010, dedicado ao tema «A Acupunctura Médica nas Instituições de Saúde», revela a existência de consultas de Acupunctura Médica nos seguintes Hospitais do Serviço Nacional de Saúde: Hospital de Viseu, Hospital de São Sebastião do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (em Santa Maria da Feira), Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar do Porto – Unidade de Dor⁵³.

A partir destes factos é possível concluir que desde a criação da Competência em Acupunctura pela Ordem dos Médicos e de oferta pós-graduada em Acupunctura Médica dirigida a médicos licenciados, com início em 2003, que estes profissionais alcançaram, quer uma boa capacidade de oferta de acupunctura, quer o monopólio dessa oferta no Serviço Nacional de Saúde. Como é evidente, à medida que os médicos ampliam a oferta de formação em acupunctura e a Ordem dos Médicos atribui a Competência em Acupunctura, maior será a possível penetração da oferta de acupunctura médica no Serviço Nacional de Saúde, não somente em Hospitais mas também, potencialmente, em Centros de Saúde⁵⁴.

Podemos estabelecer uma linha condutora entre as primeiras aplicações médicas da acupunctura da década de 1980, a actual SPMA e as pós-graduações em acupunctura médica, através da trajetória de um dos médicos discípulos da médica referida como pioneira, o Dr. João Pires da Silva, que entrevistámos em Março de 2009⁵⁵: começando por fazer parte do pioneiro núcleo de consultas no Hospital Dona Estefânia, tendo feito a sua formação inicial com Borsarello e com a Dra. Alzinda Moreira, vem mais tarde a fazer parte da SPMA e do corpo docente da pós-graduação que confere competência médica em acupunctura no ICBAS e, mais recentemente, na pós-graduação da SPMA dirigida a médicos, criada em 2009 na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de

⁵¹ *O Mirante*, «Associação defende acupunctura nos hospitais», 15-10-2004 (online), (acesso em Junho de 2006).

⁵² <http://www.semanamedica.com> (acesso em Agosto de 2010).

⁵³ <http://www.fc.unl.pt/gepg> (acesso em Setembro de 2010).

⁵⁴ Segundo notícia do *Expresso* de 20 de Outubro de 2007, «Acupunctura chega aos centros de saúde», p. 31, haveria nesta data oferta de consultas de acupunctura no Centro de Saúde de Alcântara, na consulta da Médica de Família Helena Pinto Ferreira.

⁵⁵ Entrevista n.º 28.

Lisboa⁵⁶. Segundo este médico, a Pós-graduação do ICBAS iniciara com uma parceria com a Universidade de Compostela. Em termos internacionais, referiu a filiação da SPMA no ICMART (sobre esta associação, cf. capítulo 3, secção 3.2.3). Este médico é actualmente dirigente do Colégio da Competência em Acupunctura da Ordem dos Médicos⁵⁷, e conta-se entre os principais impulsionadores da criação desta Competência.

Segundo outra médica pertencente à direcção da SPMA, que fez parte da direcção do Colégio da Competência em Acupunctura da Ordem dos Médicos, e coordenadora da Pós-graduação em acupunctura na Universidade Nova de Lisboa, Dra. Helena Pinto Ferreira, que entrevistámos em Julho de 2008⁵⁸, a maioria das formações anteriores à criação da formação para a Competência em Acupunctura reconhecida pela Ordem dos Médicos, eram realizadas em universidades francesas, onde os médicos detêm o monopólio do exercício legal da acupunctura e uma longa tradição de apropriação da acupunctura pelo meio biomédico. O site da SPMA tinha entre os seus *links* a Faculdade de Medicina de Bobigny, em Paris, com a seguinte indicação: «O site da faculdade de Medicina de Bobigny, permite a ligação com várias Faculdades de Medicina francesas permitindo consultar o programa de ensino em acupunctura»⁵⁹. Outro dos *links* que figuravam neste site era o da Faculdade de Medicina da Universidade de Saragoça, onde até hoje funciona uma pós-graduação de 2 anos em acupunctura.

No entanto, a partir das entrevistas aos médicos da SPMA, podemos afirmar que se considera que a tradição francesa está hoje muito próxima do sistema médico chinês, comparativamente à mais recente corrente anglo-saxónica, tributária do «modelo contemporâneo» que tinha sido adoptado por estes médicos acupunctores. Estas afirmações traçam o percurso da acupunctura médica entre nós, da fase inicial de formação segundo o modelo do que hoje é conhecido como medicina tradicional chinesa, à adopção de um modelo «contemporâneo» que se define por oposição às MAC e se legitima como científico, tal como pudemos analisar anteriormente (cf. capítulo 2, secção 2.2.3).

Num outro aspecto, há que referir que esta estratégia de credenciação através da formação no estrangeiro em cursos aceites no meio dos praticantes da biomedicina,

⁵⁶ *Links* disponíveis ainda em Outubro de 2010:

http://sigarra.up.pt/icbas/disciplinas_geral.formview?p_cad_codigo=AC100&p_ano_lectivo=2007/2008&p_periodo=A;

http://www.fcm.unl.pt/gepg/index.php?option=com_content&task=view&id=484&Itemid=479

⁵⁷ *Link* disponível em Outubro de 2010:

<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=82161242827b703e6acf9c726942a1e4&id=5ef059938ba799aaa845e1c2e8a762bd>

⁵⁸ Entrevista n.º 20.

⁵⁹ <http://www.spma.pt/links.asp> (acesso em Maio de 2006).

principalmente em países da União Europeia, foi igualmente seguida pelos terapeutas não licenciados como médicos em formações que não exigiam formação biomédica, como veremos adiante.

Assim, o que está em causa no processo de institucionalização das MAC, em termos de mercado, não é apenas o mercado de saúde. Em conexão, há um mercado de formação com valor significativo e que permite, a médio e longo prazo, alargar a oferta no mercado dos serviços de saúde. Para além de o curso de pós-graduação do Abel Salazar (ICBAS) credenciar médicos em acupunctura médica desde 2003, no ano lectivo de 2006/2007, no mesmo Instituto a oferta de formação pós-graduada foi alargada com um curso de «Pós-graduação em Medicina Tradicional Chinesa», com todas as componentes curriculares do sistema médico da MTC. Como se podia ler no site do Instituto, nas habilitações de acesso, os candidatos deviam ter licenciatura em Medicina, Medicina Dentária, Medicina Veterinária, Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem, Farmácia, Terapia Ocupacional, «e outros licenciados em áreas de ciências da vida, desde que o respectivo currículo demonstre uma adequada preparação científica de base». O curso previa um total de 930 horas. Mas esta abertura de um curso a outros licenciados não perdurou: em 2010, o único curso de pós-graduação em acupunctura do ICBAS dirigia-se a médicos licenciados para a obtenção da Competência em Acupunctura. Há que notar que, contrariamente aos cursos oferecidos pelas associações de terapeutas, sem reconhecimento oficial do Estado, o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar tem elevada legitimidade e reconhecimento oficial do Estado, o que garante uma vantagem concorrencial não negligenciável no mercado de formação e na oferta de acupunctura médica no mercado da saúde.

Como já referimos, a SPMA criou no ano lectivo de 2009/2010 um curso de «Pós-Graduação de Acupunctura Médica» na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Na segunda edição deste curso, a decorrer no ano lectivo de 2010/2011, esta pós-graduação de 2 anos, dirigida a médicos licenciados, tinha a duração total de 300 horas. Neste ano lectivo, a direcção do curso estava entregue à médica que entrevistámos, que pertence aos órgãos dirigentes da SPMA, pertenceu ao Colégio de Competência em Acupunctura e à Comissão Técnica Consultiva para a regulação da Lei de Enquadramento de Base das Terapêuticas Não Convencionais, nomeada em 2005 e em 2009 entre os peritos da Comissão, em representação do Infarmed.

Mas já em 2007 a oferta de formação a partir da SPMA tinha alargado, com a oferta de uma pós-graduação de 2 anos na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,

em funcionamento desde então até ao ano lectivo de 2010/2011. Pode ler-se na apresentação do curso:

O Curso de pós-graduação em Acupunctura destina-se a Graduados e clínicos que desejem vir a praticar a competência Médica de Acupunctura, tendo como objectivo geral que a Acupunctura seja parte integrante do acto médico⁶⁰.

Analisámos, nesta secção, como as associações profissionais de médicos licenciados se organizaram no sentido de obterem do Estado o monopólio sobre a oferta de serviços credenciados no mercado da saúde, desde o início e durante várias décadas funcionando pela exclusão do acto médico quer dos praticantes, quer das práticas terapêuticas exteriores ao campo da biomedicina. Com o aumento da procura das MAC, assistiu-se primeiro a uma legitimação da sua aplicação por médicos, a coberto do consentimento informado previsto pelo código deontológico. Com a publicação em 2003 da Lei que prepara o caminho para a credenciação de profissionais concorrentes, paralelamente, os médicos licenciados e as suas associações profissionais desenvolvem estratégias de legitimação científica da acupunctura como acto médico, e como tal monopolizável pelos médicos ou por profissionais sob supervisão médica; de enquadramento da acupunctura na associação socioprofissional reguladora e de organização autónoma dos seus praticantes no campo médico; e finalmente de credenciação biomédica em acupunctura, consumando um processo de cooptação, expandindo-se no mercado da formação e, conseqüentemente, no mercado da saúde, inclusivamente usando do seu direito exclusivo de exercício no Sistema Nacional de Saúde para penetrarem este mercado. Em secções posteriores, veremos como são desenvolvidas outras estratégias para dominar o mercado da saúde, com tentativas para excluir outros profissionais em concorrência, neste caso, os profissionais das MAC e, mais especificamente, os acupunctores não médicos.

4.1.2. Terapeutas e Associações Profissionais

No início dos anos oitenta, os profissionais das MAC iniciam a criação de associações profissionais, constituídas como associações oficialmente reconhecidas ao abrigo de uma lei de 1975 que definia o direito de associação para Associações Patronais⁶¹.

⁶⁰ <https://woc.uc.pt/fmuc/2modulecursos.do?idcurso=24> (último acesso em Outubro de 2010).

⁶¹ Decreto-Lei nº 215-C/75 de 30 de Abril - Confere às entidades patronais o direito de se constituírem em associações patronais para defesa e promoção dos seus interesses empresariais. Mais tarde consagrado no artº 46º da Constituição da República, nos termos gerais do Direito de Associação.

Esta dinâmica inicia no final dos anos setenta conduzindo à formalização de associações na década de oitenta.

Segundo informações recolhidas em entrevistas realizadas em Novembro e Dezembro de 2007 ao naturólogo Reinaldo Baptista⁶², pioneiro na criação de associações profissionais, a primeira associação, a Associação dos Profissionais das Actividades Paracientíficas, criada em 1980, não era ainda uma associação profissional. Visava reunir todos os que actuavam à margem, desde terapeutas a curandeiros e a «bruxos», como eram comumente designados todos os que desenvolviam actividades terapêuticas não reconhecidas oficialmente. A partir desta primeira associação, viriam a diferenciar-se associações mais profissionalizadas. A Associação Portuguesa de Naturopatia (APNA) foi a primeira associação profissional, a que se seguiram a Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural (APMA) e a Associação Portuguesa de Homeopatia (APH), estas duas últimas com estatutos publicados em 1982 e 1984, respectivamente.

A criação de associações era uma estratégia juridicamente informada. Um conjunto de terapeutas da primeira geração procurou aconselhamento jurídico de como proceder para alcançar o reconhecimento jurídico da sua actividade. É assim que descobrem a possibilidade de constituírem associações patronais segundo a lei de 1975. Do mesmo modo, sabiam que para constituírem uma federação teriam de ter um mínimo de três associações. E assim surgem as três associações acima referidas, e a partir destas a Federação Nacional de Associações de Medicinas Naturais (Fenaman), com estatutos publicados a 30 de Novembro de 1990, de que faziam parte as três associações referidas⁶³. Na ausência de credenciação, a Fenaman chamava a si «a responsabilidade de disciplinar o sector», como referido por Reinaldo Baptista, um dos seus fundadores, emitindo uma cédula profissional e outros documentos que serviam de credenciação técnica, científica e deontológica.

No ano de 2000 houve uma cisão entre os terapeutas federados na Fenamen, que deu origem ao Conselho Federativo – Federação Portuguesa das Medicinas Não Convencionais. Ambas as federações existem em simultâneo durante largos anos mas numa lógica disjunta. A Fenamen vem a ser esvaziada de funções, embora ainda exista e federe várias associações. Primeiro, com a criação do CNNET – Câmara Nacional dos Naturologistas e Especialistas das Terapêuticas Não Convencionais, um projecto de pró-ordem criado depois da Lei de Bases das Terapêuticas Não Convencionais, por uma parte

⁶² Entrevista n° 1 e 2.

⁶³ *Boletim do Trabalho e do Emprego*, 3ª série, n°22 de 30-11-90.

dos mais antigos naturólogos; segundo, com a filiação de muitos terapeutas no Conselho Federativo e em associações profissionais especializadas em MAC específicas.

Especialmente relevante para a presente investigação, é que a cisão entre a Fenamen e o Conselho Federativo surge a partir de posições diferenciadas durante o processo de institucionalização, após a Fenamen ter sido crucial na conjunção dos terapeutas para a defesa do veto presidencial do acto médico, como veremos mais adiante. Este é, aliás, um dos traços característicos dos terapeutas de MAC em Portugal – mas também amplamente referida na bibliografia inglesa sobre MAC: a divisão numa multiplicidade de grupos, só ultrapassada em momentos específicos de luta pelos direitos ao exercício da profissão como sucedeu numa primeira fase do processo de institucionalização que conduziu ao processo legislativo que culminou em 2003. No entanto, estes momentos de maior intensidade social não promoveram somente a união como também a divisão.

Nesta secção pretendemos dar uma primeira visão sobre as associações profissionais, principalmente da lógica da sua emergência, veremos, mais adiante, na descrição do processo de institucionalização das MAC em Portugal, quais as alianças e divisões que vão desenhando e redesenhando configurações de relações sociais e de associações, com especial enfoque no caso da acupunctura.

Com a criação destas primeiras associações e federações estavam criadas as condições para o reconhecimento da actividade profissional pelo Ministério do Trabalho. O passo seguinte era o de obter o reconhecimento da actividade em termos fiscais. Tal vem a suceder quando são criadas categorias específicas na Classificação Nacional das Profissões, em 1994. O reconhecimento como contribuintes fiscais foi mais um passo importante no processo de institucionalização das profissões dos terapeutas, muito embora tenha sido frequente, muitas vezes por aconselhamento das Repartições de Finanças ou para obterem vantagens em termos de Imposto sobre o Valor Acrescentado, inscreverem-se na categoria fiscal de «outros paramédicos».

Este movimento, de um movimento de agregação inicial de todos os que se encontravam à margem, nos finais da década de 1970 e inícios de 1980, até às associações profissionais específicas de MAC, é significativo do espírito empreendedor de alguns dos terapeutas. O movimento para a especialização em áreas específicas das MAC data de meados da década de 1980.

A primeira geração de terapeutas intitulava-se de naturólogos, credenciavam-se no estrangeiro, quer na naturologia, quer nas restantes áreas e, numa fase seguinte, realizavam

acções de formação em Portugal, em que transmitiam os saberes adquiridos a outros. É a partir desta dinâmica que irão surgir as primeiras escolas superiores de formação com cursos ministrados a partir das associações profissionais. Destas formações saíram as novas gerações de profissionais, já formadas em Portugal. Mas estas formações só surgem a partir de meados da década de 1990 e, assim, o maior número dos seus formandos são ainda mais recentes.

Por efeito, existem diferenças significativas entre a primeira geração e as gerações seguintes. Para uma parte dos primeiros, que continuam a intitular-se naturólogos, há um entendimento do exercício de MAC com correspondências ao exercício de um médico de clínico geral, quer dizer, o terapeuta deve ter bases de naturologia e de todas as restantes especialidades, de acupunctura, homeopatia, osteopatia, e outras, como iridologia. Para o diagnóstico e tratamento concorrem todos estes saberes. Por oposição, numa segunda vaga de profissionais, encontramos terapeutas mais especializados em MAC específicas, que valorizam o conhecimento especializado, investem somente numa área de formação de modo intensivo e não reconhecem como legítimas as práticas generalistas dos primeiros profissionais a instalarem-se no mercado.

Outro aspecto significativo é o facto de a estratégia bem sucedida de criação de associações profissionais ter dado lugar à proliferação destas associações. Em 2007 era já difícil determinar o número exacto de associações – em entrevista foram mencionadas «umas trinta ou cinquenta» – muitas delas procurando credenciar-se nas duas federações existentes, os já mencionados Fenaman e Conselho Federativo.

Por outro lado, além deste processo que leva da relativa indiferenciação inicial, passando pela criação de associações especializadas, até à constituição de federações, surgiu ainda uma outra tendência após a publicação da Lei nº45/2003: a da criação de associações de técnicos, onde são filiados os que detêm menos formação, os que praticam medicinas ou terapêuticas não reconhecidas na lei e os que dão apoio aos profissionais que detêm mais formação, ou seja, com formação superior a 6 anos. Esta diferenciação, entre os que se intitulam «especialistas», com formações iguais ou superiores a 6 anos e currículos com vários anos de prática e os denominados «técnicos», traduz-se na recente criação de uma associação, a Associação Nacional de Técnicos em Terapêuticas Não Convencionais e, correlativamente da CNNET, que desenvolveu esforços para ser reconhecida como uma pró-ordem no meio profissional e cujos membros têm de ter formação superior a 6 anos para serem admitidos

O surgimento das áreas especializadas desenvolve-se, em algumas áreas, segundo outras dinâmicas: é especialmente o caso da acupunctura. As primeiras formações nesta área a terapeutas sem formação biomédica datam dos anos setenta, leccionadas pelo Mestre Araújo Ferreira, que esteve na origem da criação da Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural (APMA). São alguns os acupunctores que foram seus discípulos, parte deles tendo depois seguido a estratégia de obtenção de diplomas de formação no estrangeiro. A primeira escola nesta área, a Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa, associada à actual Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC), iniciou um primeiro curso em 1994.

A Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural (APMA) teve os seus estatutos publicados em 1982. Esta associação existe ainda mas ocupa agora um lugar marginal no conjunto das associações; os seus membros fundadores e a maioria dos terapeutas encontram-se filiados nas federações referidas e em associações mais recentes. Actualmente, as associações mais relevantes na área da acupunctura e da MTC são a Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC), onde se encontram os acupunctores mais antigos na área em Portugal, e as duas associações fundadas por Pedro Choy, a Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas (APADA), primeira associação criada por Pedro Choy, e a Associação Portuguesa de Profissionais de Acupunctura (APPA), também criada por Pedro Choy já durante o processo de regulamentação iniciado em 2003.

Do que nos foi dado observar no trabalho de campo, as divisões que temos vindo a mencionar atravessam duas fases: primeiro a cisão entre a maioria da geração mais antiga dos naturopatas e os terapeutas mais especializados; depois, a cisão entre os terapeutas com mais antiguidade no mercado e os recém-chegados, mais especificamente, na área da acupunctura e da MTC, ou seja, entre os que iniciaram o processo de institucionalização de serviços terapêuticos e de formação ainda nas décadas de 1970/1980 e os que se instalaram no mercado mais recentemente, como é o caso mais notável de Pedro Choy.

No trabalho de campo, um dos entrevistados de entre os que já estão há mais tempo implantados no mercado denominava Pedro Choy como «O Imperador Amarelo», por referência às várias ligações institucionais deste com o Estado Chinês. Esta relação com a China não é somente uma representação: a relação de estreita ligação de Pedro Choy com as autoridades chinesas pode ser facilmente comprovada. Em 2006, Pedro Choy, na sua qualidade de Vice-Presidente da Federação Mundial de Associações de Medicina Chinesa (*World Federation of Chinese Medicine Societies*), foi nomeado interlocutor desta Federação com

a Organização Mundial de Saúde⁶⁴. Esta Federação, sediada em Pequim, é aprovada pelo Conselho de Estado da República Popular da China (RPC), registada no Ministério dos Assuntos Cívicos da RPC, considerada oficialmente como «Organização Académica Internacional» da MTC; e a sua Presidente, em funções no ano de 2010, tinha sido anteriormente Directora da Administração Estatal da Medicina Tradicional Chinesa da RPC e tivera funções de Ministra-Adjunta da Saúde da RPC⁶⁵. Em Abril do ano de 2008, Pedro Choy acompanhou a comitiva do governo chinês que visitou a Comissão Parlamentar de Saúde da Assembleia da República⁶⁶ no sentido de apelar ao governo português pela legalização específica da Medicina Tradicional Chinesa, no âmbito do processo de regulamentação. Em finais de 2009, Pedro Choy era distinguido oficialmente pelo Ministro da Ciência e Tecnologia da RPC com um prémio internacional pela divulgação da Medicina Chinesa (*International Contribution Award for Development of Chinese Medicine*)⁶⁷.

A credenciação dos cursos na China é comum entre as associações de acupunctores e terapeutas da medicina tradicional chinesa e é hoje a principal estratégia de credenciação disponível no país, onde os cursos de acupunctura e de medicina tradicional chinesa não têm reconhecimento pelo Estado. Porém, tanto quanto foi possível apurar no trabalho de campo realizado, enquanto Pedro Choy tem uma relação estreita com as instâncias governamentais da República Popular da China, os terapeutas mais antigos no mercado português, da APAMTC, tiveram dificuldades em estabelecer contacto institucional para conseguirem credenciar o seu curso numa universidade chinesa, embora tenham acabado por conseguir realizar essa credenciação. Assim, a Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa, criada pela APAMTC, credencia o seu curso na Universidade de Medicina Tradicional Chinesa de Nanquim, numa parceria que, segundo aquela Escola Superior, existe desde 1996. A Universidade de Medicina Chinesa Dr. Pedro Choy, por seu lado, é oficialmente um pólo da Universidade de MTC de Chengdu desde 2007.

Outra estratégia de legitimação da formação é a criação de cursos de pós-graduação em colaboração com universidades portuguesas com reconhecimento pelo Estado. A Universidade de Medicina Chinesa de Pedro Choy iniciou uma pós-graduação de três anos na Universidade de Beja, em 2007, dirigida a diplomados na área da saúde, na sua maioria

⁶⁴ http://www.apa-da.pt/apada/noticias_eventos/noticias_eventos_embaixador_WFCMS.htm (último acesso em Agosto de 2010).

⁶⁵ <http://www.wfcms.org/English/wfcms/gaik.aspx> (último acesso em Agosto de 2010).

⁶⁶ Comissão Parlamentar de Saúde, Acta n.º 28/X/3.

⁶⁷ <http://www.appa-mtc.org/news/news129.htm> (último acesso em Agosto de 2010).

enfermeiros. A Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa, dirigida por José Faro, desenvolveu ainda outra estratégia de legitimação, ao estabelecer em 2008 uma parceria com a Cruz Vermelha Portuguesa, num Gabinete de Saúde onde há oferta simultânea de MTC e biomedicina. Fornece também consultas no Centro de Consultas da Escola, aberto a todo o público.

Esta oferta de serviços prende-se com outra questão fundamental da oferta de formação em MAC e, mais especificamente, de acupunctura e de MTC em geral, a necessidade de ter centros de consulta onde se possa realizar a formação clínica dos formandos. No caso da Universidade de Medicina Chinesa, esta questão é resolvida pela existência das Clínicas Dr. Pedro Choy, uma rede com dezassete clínicas no país em 2010 (Clínicas em Aveiro; Cacém; Carcavelos; Cascais; Coimbra; Évora; Leiria; Lisboa – três unidades; Mafra; Matosinhos; Odivelas; Porto; Salvaterra de Magos; Santarém e Tomar) e dois centros em Almeirim e em Vagos incluídos num Projecto de Acupunctura Social (PAS). Segundo informações do trabalho de campo, nestas últimas unidades clínicas é feita parte das tutorias clínicas de formandos, por serem unidades com finalidades sociais, mas as práticas clínicas de formandos também se realizam na Clínica-Escola situada nas Picoas, integrada nas clínicas de Pedro Choy. É conhecida a existência de médicos nas formações e nas clínicas Dr. Pedro Choy, seja no meio dos terapeutas ou no da biomedicina. Esta mais estreita relação com o meio social da biomedicina, seja com os médicos seja com os enfermeiros, que poderia ser dalcada do que vimos ser a política da RPC neste domínio, pode ser considerada ainda uma outra estratégia de legitimação.

Daí também resulta que, em Portugal, podemos dizer que os terapeutas desenvolvem estratégias de institucionalização em que o estatuto de complementariedade das suas medicinas e terapêuticas é relativamente aceite, embora lutem pela profissionalização e pela credenciação específica da profissão que lhes permita exercer a sua actividade independentemente da tutela dos médicos.

4.1.3. Lutas Profissionais no Sistema Judicial

Desde o início do trabalho de campo da presente investigação, quando se colocava a questão da relação entre a área da biomedicina e a das MAC, em Portugal, levantavam-se três tipos de questões. Por um lado, referiam-se casos de médicos que se dedicaram às MAC. Por outro lado, surgiam sempre referências às perseguições judiciais aos profissionais destas áreas levadas a efeito pela Ordem dos Médicos. Por último, tendo sido

iniciado o trabalho de campo em 2006, depois da aprovação da lei nº45/2003 e estando a decorrer os trabalhos da Comissão Técnica Consultiva para a Regulamentação, havia alguma resistência em se falar mais extensamente desses processos judiciais e, em última análise, durante o período da investigação que correspondeu a uma primeira fase do processo de regulamentação da lei, foi recorrente uma posição por parte dos terapeutas em que se procurava não hostilizar os médicos.

Ao tentar investigar sobre os referidos processos movidos pela Ordem dos Médicos, concluía-se facilmente que todas as pessoas sabiam e referiam a existência de processos, mas quase ninguém se dispunha a referir casos concretos. Assim, até ao presente momento, apenas foi possível ter acesso a dois processos judiciais.

O problema que se colocava era, então, o de saber se a perseguição criminal pela Ordem dos Médicos, na dimensão que era sugerida, era factual ou, em parte, um mito. Os processos existiram de facto, e até muito recentemente. Mas, aparentemente, não na dimensão nem com as consequências sugeridas. Numa entrevista a um antigo profissional das MAC, quando confrontado com a pergunta sobre o número efectivo de processos, depois de um discurso sobre a efectividade da perseguição de que o grupo fora vítima, respondeu que seriam «uns quarenta processos», ao todo, ao longo dos anos. Destes, talvez metade, seriam processos colocados a pessoas que ele próprio não reconhecia como profissionais idóneos.

Um outro profissional, que foi presidente da Fenaman até aos finais dos anos noventa, em entrevista⁶⁸, diz ter representado a Federação em tribunal em vinte processos em vários pontos do país. Como referia outro dos entrevistados⁶⁹, que foi julgado em tribunal, o que marcava não seria propriamente a quantidade de processos, mas o ser-se vítima de acusação judicial e o ter de se sentar no banco dos réus em tribunal. Os processos movidos pela Ordem dos Médicos tiveram, pelo menos, o efeito de criar a ideia de se pertencer a um grupo perseguido e teriam o efeito de colocar todos os que praticavam MAC sob ameaça de procedimento judicial.

Mas é também sabido que a justiça portuguesa tendia a ser bastante tolerante. Por norma, quando existiam processos, eram contactadas as organizações profissionais representativas para se saber se o acusado estava credenciado – isto quando a acusação se

⁶⁸ Entrevistas nº 1 e 2.

⁶⁹ Entrevistas nº 14 e 15.

baseava no crime de usurpação de funções de médico, que as associações profissionais de terapeutas não podiam conferir.

Num processo de 1988, em que há acusação a um acupunctur de crime de usurpação de funções de médico, o arguido é ilibado. A defesa alega uma argumentação de que se destacam os seguintes pontos:

O arguido jamais se intitulou especialista do que quer que fosse, médico ou paramédico, ou deu quaisquer consultas de qualquer natureza ou especialidade»;

O exercício da profissão de acupunctur não exige habilitação especial nomeadamente académica – licenciatura em medicina ou equivalente;

Bem sabendo todos aqueles que a tal serviço recorrem – e são milhares – que o acupunctur não é médico nem possui habilitação em medicina. Embora muitos médicos a aconselhem e pratiquem já.

A profissão de acupunctur não é e jamais foi considerada ilegal.

Pelo que não cometeu o arguido o crime de que vem acusado de usurpação de poderes, porquanto nunca praticou em seres humanos actos que lhe estivessem proibidos ou lhe exigissem habilitação que ele não possuísse.⁷⁰

Um outro processo, dez anos mais tarde, foi arquivado. A Ordem dos Médicos denunciara o arguido com base no crime de usurpação de funções. Destacam-se, do texto de arquivamento, as seguintes passagens:

O arguido complementou as suas declarações fazendo juntar vários diplomas, licenças, cartões, certificados e credenciais bem como informações sobre o seu enquadramento profissional no âmbito do Ministério do Trabalho. [...] Ora, tal como fez documentar o arguido nos autos, estão oficialmente constituídas e reconhecidas diversas associações particulares nas quais se agrupam os profissionais das vulgarmente chamadas medicinas tradicionais.

Ora desde logo seria um manifesto contra-senso – autêntico absurdo para não dizer perfeita aberração jurídica – o Estado permitir a constituição segundo o seu próprio ordenamento jurídico e depois ainda reconhecer a existência factual e jurídica de associações de profissionais cuja lei criminal proibisse e punisse. Seria mais ou menos, diga-se em palavras mais simples e directas permitir a constituição e reconhecer a existência de associações de criminosos.

[O arguido n]ão pretende mesmo ser confundido com outros indivíduos que neste quadro de indefinição legal se aproveitam para praticar medicinas naturais sem qualquer tipo de preparação técnica e sem qualquer enquadramento profissional ou jurídico válido.⁷¹

Para além do reconhecimento das associações profissionais como enquadramento profissional e jurídico, tal como noutros processos, o arguido faz prova de que não usa o título de médico, nem declara ter formação académica em medicina, nem receita fármacos da biomedicina. Podemos concluir, portanto, que a estratégia de constituição de

⁷⁰ Processo n° 819/88, Tribunal Judicial de Almada, 2° Juízo, 2ª Secção.

⁷¹ Inquérito n° 921/98, Tribunal Judicial da Comarca de Bragança.

associações de profissionais e a legitimação obtida através do Ministério do Trabalho foi eficaz, pelo menos em termos judiciais, contra as tentativas da Ordem dos Médicos para eliminar as práticas clínicas dos terapeutas. Mas, e antes de essa forma de credenciação ter ocorrido? Os processos de Indiverí Colucci, famoso naturopata que exerceu em Portugal antes do 25 de Abril de 1974, com vários livros e uma revista publicados sobre naturopatia, além de serem sempre citados no meio social das MAC, são um exemplo de como funcionavam as acusações da Ordem dos Médicos antes da constituição de associações profissionais.

Contactados um familiar próximo e o último advogado de Colucci, não existem actualmente provas dos processos judiciais, ou não houve vontade de os tornar públicos. Mas foi possível encontrar duas fontes documentais. Araújo Ferreira, acupuncturista que divulgou e praticou acupunctura desde os anos setenta, refere a existência de 14 processos e 15 anos de encerramento do consultório, o Instituto de Paço de Arcos (Ferreira 1983: 280). Reis (2007), dedica quatro páginas à transcrição de um documento datado de 16 de Novembro de 1942, em que a Ordem dos Médicos responde a uma «Representação do Curandeiro Collucci» junto do Presidente do Conselho. O Decreto-Lei 32171 que conferia poderes de fiscalização do exercício de medicina à Ordem dos Médicos tinha sido decretado menos de quatro meses antes. Neste contexto, a representação de Colucci junto do Presidente do Conselho constituía provavelmente uma forma de protesto contra esse Decreto-Lei e a resposta da Ordem dos Médicos vem no sentido de afirmar que os processos contra os «curandeiros» movidos pela Ordem dos Médicos não tinham efectividade, e assim, congratulam o «recente Decreto-Lei da autoria de Vossa Excelência», o Ministro da Justiça, nomeadamente no artigo 12º, já mencionado, que permitia o encerramento de consultórios pela Polícia mediante requisito da Ordem dos Médicos.

Segundo o texto, Colucci dizia-se «vítima desde há vinte anos de acintosa perseguição» (2007, vol.II: 15) e assentava a sua defesa no facto de não recorrer, na sua prática clínica, aos meios da medicina, mas a «meios naturais, que chama físicos e tróficos, como é próprio do “naturismo” que professa e “nunca a meios químico-farmacêuticos que são peculiares à medicina”» (*Ibidem*). A Ordem dos Médicos denuncia os «escandalosos reclamos de jornal» e ainda que Colucci «[s]em o menor reboço fala do seu consultório, do exercício da clínica, dos métodos de tratamento que emprega, dos seus numerosos doentes e das altas individualidades até, que alquebradas por incuráveis sofrimentos se socorrem das suas artes.» Ora, é sabido entre os terapeutas, que Colucci não só tinha muita clientela como muitos dos seus clientes eram de classes elevadas e mesmo figuras públicas,

nomeadamente políticos, da época. E esta questão é extensível até aos nossos dias; embora nem todos os profissionais das MAC se possam incluir neste conjunto, vários profissionais destas medicinas têm clientelas das elites sociais, o que terá contribuído para a tolerância existente, desde há longos anos, para com estas medicinas e terapêuticas. Para mais, a perseguição criminal movida pela Ordem dos Médicos podia ter o efeito inverso ao pretendido. Segundo um familiar de Colucci que foi entrevistado, quando o consultório de Paço de Arcos foi encerrado durante vários anos, Colucci «nunca fez tanto dinheiro nem teve tanta clientela como naquela época».

Seria, portanto, neste contexto, que a lei de 1942 vinha delegar mais poderes na Ordem dos Médicos, o que os Estatutos desta Ordem de 1938 não tinham logrado alcançar. Mas entre os próprios médicos havia quem estivesse interessado em associar-se a Colucci. Como refere o já citado documento,

Poucos dias depois da entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 32171, certamente aliciados por anúncio que apareceu nos jornais de Lisboa, dirigiram-se à Ordem alguns médicos a informar-se se lhes era permitido, dentro das normas regulamentares, tomar a direcção do consultório de Indiveri Collucci em Paço de Arcos (Reis 2007, vol.II: 17).

Apesar da acção dissuasora da Ordem e mesmo do articulado do Decreto-Lei 32171, a Ordem virá de facto a levantar um processo contra um médico que toma a direcção do consultório. E, com base nos artigos 19.º e 20.º, os artigos da lei que permitiam à Ordem o encerramento dos consultórios por procedimento administrativo, sem recurso aos tribunais, consegue fechar o consultório de Colucci.

Em conclusão, a Ordem dos Médicos detinha desde 1942 instrumentos jurídicos para fiscalizar o exercício da medicina e, igualmente, a oferta de serviços de saúde. No entanto, mesmo quando aplicadas sanções, havia tolerância informal das práticas clínicas dos terapeutas, o que estará, em parte, associado às clientelas de parte dos terapeutas, em aliança com parte das elites. Por outro lado, a partir do reconhecimento pela Lei do Trabalho e pelo direito de associação das associações profissionais, juntam-se a este quadro de relativa tolerância ao nível da norma informal, instrumentos legais que legitimam o serviço de saúde prestado – criando na prática um mercado de serviços de saúde, de tipo informal, fora da alçada do acto médico – e protegem efectivamente os profissionais das MAC dos processos judiciais da Ordem dos Médicos.

Como vimos a propósito dos sistemas legislativos, em contexto normativo monopolista, o sistema de sancionamento do Estado dificilmente consegue aplicar as

sanções de modo a impedir a prática das MAC por terapeutas não licenciados. O exemplo português descrito apresenta algumas das possíveis explicações para este fenómeno, como mencionado. No entanto, há que referir que a existência de tentativas de impedir os terapeutas de exercer, através de procedimentos judiciais contra os mesmos, resulta numa representação social forte, entre os terapeutas, da sua posição marginal relativamente às instituições, o que corresponde, portanto, a uma forma de sancionamento informal efectivo. Desta situação de marginalização emerge uma representação social fundamentada, de perseguição social e exclusão, que favorece, quer o associativismo defensivo, quer atitudes de secretismo e uma tendência para a organização informal em redes de um tipo próximo das sociedades secretas, que encontramos no trabalho de campo realizado.

4.2. O Processo Legislativo

Nesta secção, procura-se descrever o processo legislativo em Portugal. Metodologicamente, procurou-se realizar uma descrição densa em que se procura contextualizar os fenómenos sociais (Geertz [1973] 2000). Posteriormente, proceder-se-se à análise sistematizada. No entanto, nesta introdução fornecemos já algumas pistas interpretativas que conduzirão a narrativa.

Esta inicia-se antes do processo legislativo, em 1999, quando se procura regulamentar o acto médico em Portugal. O modo como tal vem a suceder pode ser interpretado como um avanço na monopolização do mercado da profissão, pela organização profissional dos médicos, a Ordem dos Médicos, num contexto em que havia perdido prerrogativas de sancionamento directos, em consequência do Regime das Associações Públicas Profissionais e dos novos Estatutos da Ordem, ambos de 2008, como anteriormente referimos; em que a procura das MAC estava em crescimento e os terapeutas tinham obtido relevante reconhecimento socioprofissional e judicial, como ficou acima tratado; e em que, finalmente, o Código Deontológico de 2008 abria a porta, como dissemos, à prática de MAC pelos médicos sob a figura do consentimento informado.

Numa primeira fase, a tentativa de obter a legitimação pelo Estado da autoridade dos profissionais da biomedicina sobre o mercado de oferta de cuidados de saúde, mais precisamente, a tentativa de monopolização do mercado pela eliminação da concorrência externa, constituída pelos profissionais das MAC, vai produzir o efeito inverso à intenção inicial da acção. Este tipo de efeitos, denominados de «efeitos inesperados» por Giddens

(1984) constitui momentos ou processos com algum potencial heurístico, na perspectiva de uma teoria sociológica que considere a intencionalidade dos actores.

A descrição é realizada de um ponto de vista processual. Seguindo a sequência de acontecimentos, procurou-se evidenciar como cada fase do processo terá efeitos no desenrolar dos acontecimentos, procurando-se, desta forma, identificar os acontecimentos que constituem momentos estruturantes ou «pontos de viragem» do processo. Este olhar totalizante sobre o processo só é possível após os acontecimentos, constitui um ponto de vista analítico distinto do da prática dos agentes sociais (Bourdieu 1972).

Trata-se de uma narrativa onde se procura demonstrar como o acontecimento da tentativa de legislar o acto médico, nos moldes em que tal sucedeu, terá duas principais consequências. Por um lado, a construção da problematização social da questão segundo dois eixos equacionados em oposição – biomedicina *versus* MAC – e não equacionados de modo relacionado e interdependente, como sucedeu na legislação de outros países. Por outro lado, esse acontecimento vai criar a oportunidade para a emergência e reequacionamento das MAC como um problema social que urge solucionar (Franco 2004), produzindo o efeito inverso à intenção inicial dos actores, como anteriormente referido.

Esta é, portanto, uma análise do processo social de institucionalização da norma formal, que se inicia em finais de Julho de 1999 e decorre até Agosto de 2003, com a publicação da «Lei de Base das Terapêuticas Não Convencionais» (Lei n° 45/2003). Consideramos por isso um período de cerca de quatro anos, procurando-se contextualizar os acontecimentos e fases do processo. Tendo em conta a duração considerada, os principais agentes e configurações sociais (Elias [1970] 1980) e mesmo as denominações das MAC vão-se alterando, acompanhando a mudança social em processo.

O nome a atribuir às MAC, enquanto categorização, é em si mesmo objecto de lutas pela definição da realidade social, como referido em capítulos anteriores. Em meados de 1999, a definição adoptada era de «medicinas alternativas», durante a discussão da lei serão denominadas de «medicinas não convencionais», seguindo a denominação que fora anteriormente adoptada pela União Europeia, para virem a ser definidas como «terapêuticas não convencionais» mais adiante no processo, denominação de onde foi retirada a categorização de «medicinas», e que ficou cristalizada na norma oficial da Lei n° 45/2003.

Numa segunda fase, resulta da descrição do processo legislativo que as lutas profissionais vão passar do espaço público e dos conflitos entre organizações profissionais,

como vimos anteriormente, para o espaço do Parlamento, num processo legislativo onde as alianças, posições e interesses político-partidários e dos profissionais se vão configurando e reconfigurando até à elaboração da Lei.

Por último, a descrição e análise do processo legislativo, que deve ser entendido como um período particularmente significativo do processo mais amplo de institucionalização das MAC e do mercado de saúde correspondente, na medida em que se trata da elaboração de normas com carácter de Lei.

4.2.1. Discussões Preambulares (1995-1999)

Tendo em conta as sessões parlamentares realizadas desde, que foram analisadas no arquivo da Direcção de Serviços de Documentação e Informação da Assembleia da República, os profissionais de MAC ter-se-iam feito representar em 1984 naquela Assembleia, sem conseguirem pressionar a necessidade de legislar e abrir as portas à institucionalização das MAC. No trabalho de campo realizado também foram obtidas informações no sentido de que ter havido tentativas de pressionar a regulamentação das MAC, desde a citada data de 1982, junto de todos os ministérios. À excepção do Ministério do Trabalho, à luz da legislação de 1975 e nos aspectos mencionados em capítulo anterior, essas tentativas não tinham obtido qualquer efeito.

A questão das MAC acabaria por vir a sessão plenária da Assembleia da República em 11 Maio de 1996, numa sessão de interpelação à Ministra da Saúde, Maria de Belém, por via das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) relativamente às «medicinas tradicionais» e das primeiras discussões do estatuto das «medicinas não convencionais» no Parlamento Europeu, na Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor, desde Outubro de 1994 (lembramos que o Relatório Lannoye e as recomendações de regulamentação das MAC serão publicados em Março de 1997), bem como tinham sido regulamentados no ano anterior os medicamentos homeopáticos⁷², em resposta às directivas do Conselho da Europa. Por esta altura, segundo elementos colhidos nas actas desta sessão plenária, tinha já havido discussões na Comissão Parlamentar de Saúde sobre as medicinas então denominadas de «tradicionais», «naturais», «alternativas» ou de «complementares».

⁷² Decreto-Lei nº 94/95 de 9 de Maio.

Nesta legislatura (VII Legislatura, XIII Governo Constitucional: 1995-1999), anterior à do Decreto-Lei regulador do acto médico e ao veto presidencial, a Assembleia da República era composta por quatro bancadas parlamentares. O Partido Socialista (PS) tinha 112 deputados e o Partido Social Democrata (PSD) 88. A este centro político, de facto bipolarizado, acrescentam-se os dois extremos do espectro político, o CDS-Partido Popular (CDS-PP), ideologicamente alinhado pela democracia cristã, à direita, com 15 deputados, e a coligação CDU-PEV, coligação do Partido Comunista Português, à esquerda, igualmente com 15 deputados.

Na sessão, o PSD chega a avançar com a ideia de criar uma associação organizadora tutelada pelas regras do Estado, sem obter resposta da ministra. O Partido Ecologista Os Verdes (PEV) refere que fora feito um requerimento ao governo, ainda sem resposta, em matéria de comparticipação estatal dos produtos naturais. Nesta legislatura, o PEV realizou uma proposta legislativa sobre as «medicinas tradicionais e alternativas» no sentido de serem consagradas como património a preservar, proposta apresentada no âmbito do projecto de Revisão Constitucional deste grupo parlamentar e que foi rejeitada.

Em resposta às interpelações das bancadas parlamentares, a Ministra da Saúde defende que as MAC terão de ser regulamentadas em conjunto com, e dependentes do acto médico:

É evidente que a regulamentação do exercício da medicina natural tem a ver também com alguns aspectos extremamente complexos e que se têm revelado difíceis ao longo destes últimos anos, nomeadamente a regulamentação do acto médico em si, para permitir que depois se distinga em relação a tudo o que é considerado como acto não médico. E, nesse sentido, quer a Ordem dos Médicos quer os sindicatos estão interessados em avançar com esta temática, que, sublinho, sendo extremamente complexa e melindrosa, vai, com certeza, ser objecto de reflexão demorada. Portanto, tudo leva a crer que não iremos ter, com certeza, muito rapidamente uma regulamentação sobre esta matéria.⁷³

Portanto, segundo própria ministra, já em Maio de 1996 a criação de normas formais de regulação das MAC estava a ser objecto de atenção por parte do Ministério da Saúde, em relação com a regulação do acto médico, no âmbito de negociações com as organizações representativas profissionais da biomedicina, Sindicatos e Ordem dos Médicos, e por interesse manifesto destes. A análise mais pormenorizada do discurso revela como premissa de partida que a delimitação substantiva dos termos da antinomia

<acto (médico / não médico)>

⁷³ Diário da Assembleia da República (DAR), I série, nº69 de 11-05-1996.

a resolver pelo interesse das associações de profissionais biomédicos, será determinante para a partilha da legitimidade entre a biomedicina e as «medicinas tradicionais».

Note-se que, estando em conversações com a profissão médica sobre estas matérias, quando questionada sobre as orientações da OMS para o reconhecimento das medecinas tradicionais, a ministra aponta especificamente o exemplo da acupunctura, que designa como uma «técnica» e não como uma medicina, o que coincide com a posição da própria Ordem dos Médicos:

algumas das técnicas [...] são hoje, de certa forma, toleradas pelas medecinas mais tradicionais, como é o caso da acupunctura, que já foi objecto de uma recomendação da OMS no sentido de existirem regras *standard* internacionais que permitam a sua prática. O nosso sistema, em relação a esta matéria, tem sido apelidado como relativamente tolerante. Agora, queremos que a tolerância passe por regras e não por omissões, inserindo-se, portanto, nesse conjunto de avaliação de toda esta problemática.⁷⁴

O deslize semântico que transfere, algo ironicamente, a qualificação de «tradicionais» para as biomedicinas é em si mesmo evidência da ambiguidade das noções de «tradição» e «modernidade» para os próprios actores centrais deste processo. Mas destaque-se sobretudo que a retórica da relação

<medicinas mais tradicionais [toleram] → algumas técnicas são toleradas>

conota claramente a assimetria de poder que fundamentava as premissas do Governo para a discussão política, enquanto a antinomia

<tolerância por (regras / omissões)>

indicia a necessidade política de delimitar em «regras», por referência à definição do acto médico, a legitimidade que as práticas e os profissionais de MAC tinham vindo a grangear pela «tolerância por omissão» nas lutas judiciais.

A ministra adianta ainda nesta sessão que já fora constituído um grupo de trabalho sobre medecinas não convencionais. Este grupo fora de facto criado por despacho da Ministra da Saúde cerca de um mês antes desta sessão parlamentar (em 16 de Abril de 1996), em resposta a uma iniciativa da Fenaman de 6 de Dezembro de 1995 junto da Direcção-Geral da Saúde. Embora o Ministério da Saúde tivesse marcado o final dos trabalhos deste grupo para 30 de Outubro de 1996, o relatório tem a data de 16 de Março de 1999, três anos depois da sua criação, e já em «contagem decrescente» para a aprovação em Conselho de Ministros do Decreto-Lei regulamentador do acto médico, que será

⁷⁴ DAR, I série, n°69 de 11-05-1996.

objecto da secção seguinte. Este «Grupo de Trabalho Pluridisciplinar»⁷⁵ era constituído por representantes do Ministério da Saúde, do Infarmed⁷⁶, da Ordem dos Médicos, da Ordem dos Farmacêuticos e do Departamento do Ensino Superior.

O relatório não terá tido divulgação pública; pelo menos não terá sido divulgado à própria Fenaman, que o tinha proposto, uma vez que o presidente desta federação, então em funções, Carlos Ventura, na sequência do diploma do acto médico, teve de recorrer à sua rede social para o obter por vias informais, por mão de um deputado da Assembleia da República como o próprio nos comunicou em entrevistas realizadas nos primeiros meses de 2008⁷⁷. Este relatório enumerava algumas das muitas associações de terapeutas, referindo que tinham sido contactados os representantes destas. Centrava-se em cinco «medicinas não convencionais», como eram então referidas: homeopatia, acupunctura, osteopatia, quiropráxia e fitoterapia, por considerar que eram as mais utilizadas a nível europeu. Passava a uma breve análise de alguma da legislação em vigor em países europeus e referia o Relatório Lannoye e directivas comunitárias sobre os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos.

O documento sublinhava a inexistência de legislação que protegesse o consumidor, referindo a Ordem dos Médicos a intervenção em processos judiciais de exercício ilegal da medicina, e afirmava-se que

ressalta a dificuldade em identificar e punir presumíveis autores de «actos médicos» e de pessoas que ilícitamente usam um título profissional o qual não estão legalmente autorizados a utilizar⁷⁸.

No texto referia-se ainda que

[os terapeutas] concorrem na prática profissional com os técnicos de saúde oficialmente credenciados com todo o prejuízo que daí decorre para o utente dado em muitos casos a sua falta de formação profissional⁷⁹.

⁷⁵ Relatório do Grupo de Trabalho - Medicinas Não Convencionais. 1999. Direcção-Geral de Saúde, p.3.

⁷⁶ Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, instituto público integrado na administração indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. O Infarmed, prossegue as atribuições do Ministério da Saúde, sob superintendência e tutela do respectivo ministro.

⁷⁷ Entrevistas n.º 7 e 8.

⁷⁸ Relatório do Grupo de Trabalho - Medicinas Não Convencionais. 1999. Direcção-Geral de Saúde, p.13

⁷⁹ Relatório do Grupo de Trabalho - Medicinas Não Convencionais. 1999. Direcção-Geral de Saúde, p.38

Estabeleciam-se, neste discurso, as relações entre os tópicos que podem ser descritas pelo esquema:

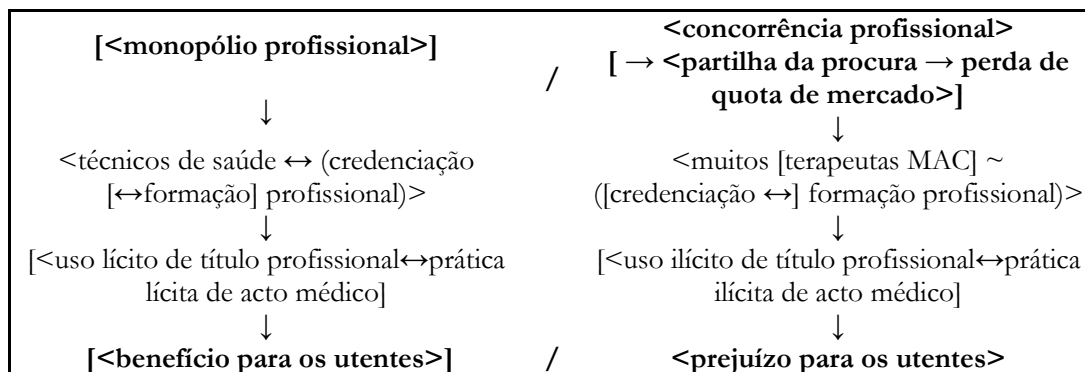


Figura 3 - Análise estrutural do discurso contido no Relatório do Grupo de Trabalho – Medicinas Não Convencionais, da DGS (1999).

Este discurso, em que se estabelece equivalência entre concorrência no mercado e prejuízo público e se elide do argumento o prejuízo particular dos profissionais que sofrem a concorrência, é uma forma do argumento clássico dos processos profissionais de monopolização, pelo qual se faz equivaler o interesse particular do grupo profissional ao interesse geral, como vimos no enquadramento teórico.

As conclusões iam no sentido da necessidade de

exigir regras explícitas concatenadas com a sociedade científica, daí que se torne necessário identificar as diferentes áreas dos saberes complementares, conhecer os mecanismos do seu exercício, qualificar os profissionais idóneos, reconhecer os respectivos conteúdos profissionais de quem ministra as diferentes disciplinas, elaborar os currícula e definir o grau de autonomia de que estes profissionais podem dispor no seu relacionamento com o corpo médico⁸⁰.

Assim, os limites da «autonomia» profissional das práticas MAC seriam definidos, não nos seus próprios termos e segundo normas internas de formação e credenciação, mas heteronomicamente, segundo regras concatenadas com a «sociedade científica» e em função do «seu relacionamento com o corpo médico». Isto é, fica explícita no texto deste relatório a intenção política de institucionalizar normas que colocassem legalmente o exercício dos terapeutas sob supervisão dos médicos.

Nas conclusões do relatório, surgia a proposta de criação de uma comissão constituída por representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação, das Ordens dos

⁸⁰ Relatório do Grupo de Trabalho - Medicinas Não Convencionais. 1999. Direcção-Geral de Saúde, p.40

Médicos e do Farmacêuticos, e ainda das MAC, comissão esta que deveria propor o enquadramento legal destas, tendo também por missão

[...] definir um processo de acompanhamento e controle do exercício das medicinas não convencionais [...] e] centralizar, acompanhar e dar encaminhamento a todas as iniciativas no âmbito das medicinas não convencionais provenientes seja dos deputados da Assembleia da República, seja do Parlamento Europeu ou de qualquer Organização com elas relacionada⁸¹.

Com esta comissão, participada por representantes dos profissionais das MAC, centralizar-se-ia a regulação normativa e o sancionamento das práticas clínicas destas, ao mesmo tempo que com o decreto-lei sobre o acto médico, então em preparação e que viria a ser publicado poucos meses depois em Conselho de Ministros, se proibia o exercício de virtualmente qualquer acto terapêutico fora do controlo da Ordem dos Médicos.

Se houve a intenção de regular em termos institucionais o acto médico da biomedicina e a prática clínica das MAC de modo articulado, o que se vem a verificar é que este relatório do Ministério da Saúde não terá seguimento e o Executivo avançará isoladamente com o decreto-lei do acto médico. Com este diploma, a solução proposta, de modo implícito, era a de colocar as MAC directamente sob a autoridade da Ordem dos Médicos, sem a criação de uma comissão reguladora externa que teria um mandato convergente, mas uma composição mais plural.

4.2.2. O Diploma do Acto Médico

A regulamentação legal do acto médico era uma antiga reivindicação da Ordem dos Médicos. Pelo menos desde 1987, quando fora Bastonário Gentil Martins, que existia um texto de definição do acto médico⁸², texto que servirá de base à elaboração da posição da Ordem dos Médicos e que virá a ser vertido, em grande parte do seu conteúdo, no diploma publicado pelo Conselho de Ministros em 1999. Como vimos na secção antecedente, há evidência de que se encetaram discussões sobre este tema entre a Ordem dos Médicos, os Sindicatos e o Ministério da Saúde desde o início do Executivo da época⁸³, ou seja, desde o ano de 1996, negociações que passaram a ser mais intensas entre a Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde em 1998.

⁸¹ Relatório do Grupo de Trabalho - Medicinas Não Convencionais. 1999. Direcção-Geral de Saúde, p.43

⁸² *24 Horas*. [Sem título] Declarações do Bastonário da Ordem dos Médicos, 27-08-1999, p.7.

⁸³ DAR, I série, n°69 de 11-05-1996.

Vejam, primeiramente, o contexto político. Quando finalmente surge este diploma, em Julho de 1999, estamos no último ano do XIII Governo Constitucional. O Primeiro-Ministro, António Guterres, eleito a 1 de Outubro de 1995, liderava o Executivo do Partido Socialista, com maioria relativa, depois de um longo período (1985 a 1995) em que o Partido Social Democrata estivera no poder. Jorge Sampaio, da mesma família política que o Executivo, era Presidente da República no quarto ano do seu primeiro mandato, e havia ganho as eleições presidenciais contra Cavaco Silva, líder dos anteriores Executivos do Partido Social Democrata.

Outro aspecto importante é que o diploma do acto médico surge num contexto de conflito social no sector. Segundo algumas notícias publicadas na imprensa após o veto presidencial, no Semanário *Expresso*⁸⁴, o diploma do acto médico resultava do contexto de greves na área da Saúde. Em conflito com as associações profissionais sindicais dos médicos, mais especificamente, com o Sindicato Independente dos Médicos, o Ministério da Saúde procuraria ganhar o apoio deste grupo profissional com a legislação do acto médico. O mesmo semanário resumia a situação do seguinte modo:

[A] aprovação do diploma em Conselho de Ministros já tinha sido antecedida de um complicado negócio político. Pouco tempo depois do PS estar no governo, o Ministério de Maria de Belém promoveu a criação de uma comissão para discutir a definição do acto médico. Esta comissão chegou a consenso sobre o texto final do projecto-lei há mais de um ano – tendo, aliás, o seu trabalho sido acelerado depois da polémica em torno das relações perigosas de médicos com a indústria farmacêutica⁸⁵.

O texto final do decreto-lei terá sido objecto de intensa negociação. Tal como chegara a estar definido em Setembro de 1998, não obtinha o total apoio da Ordem dos Médicos. Embora no seu número de Setembro de 1998, a *Revista da Ordem dos Médicos* publicitasse a existência de um «acordo histórico» entre o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos e anunciasse que um Projecto de Decreto-Lei sobre Acto Médico estaria acordado entre a Ordem e o Ministério da Saúde, manifestava ainda reservas relativamente à redacção de alguns pontos cruciais para o processo em análise.

Assim, deste projecto de lei constava um artigo (artigo 3º), intitulado «Participação de profissionais de saúde no acto médico», onde se lia:

⁸⁴ *Expresso*, «Veto sem alternativa», 25-09-1999, p. 10; *Expresso*, «Uma decisão corajosa», 01-10-1999, p.3.

⁸⁵ *Expresso*, «Veto sem alternativa», 25-09-1999, p.10.

Os outros profissionais de saúde legalmente habilitados podem praticar, dentro da competência e autonomia própria da sua profissão, acções técnicas integradas no conceito de acto médico, sob orientação ou mediante prescrição médica.⁸⁶

Mesmo fazendo depender a prática do acto médico por outros profissionais de saúde da supervisão médica, este artigo colheu a oposição da Ordem dos Médicos, devido à eventualidade de abrir a profissão a outros profissionais de saúde. Deste modo, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos declarava que daí

resultaria inevitavelmente que, em maior ou menor grau e mais ou menos rapidamente, outros profissionais da saúde se viriam a sentir legitimados, de facto, ainda que de forma encapotada, para praticar actos médicos.⁸⁷

Declaração em que não podemos deixar de ver espelhada a experiência das derrotas judiciais de processos contra terapeutas das MAC, de que acima demos conta.

Retomadas as negociações com o Ministério da Saúde, o artigo 3º foi retirado e redigido o texto do Decreto-Lei tal como será, mais tarde, assinado em Conselho de Ministros.

O texto do Decreto-Lei, tal como foi tornado público pela divulgação do Conselho de Ministros à imprensa, estava concluído pelo Ministério da Saúde desde 1998, no Decreto-Lei nº 389/98/MS. (O próprio texto do veto da Presidência da República, de que falaremos adiante, refere-se a este Decreto-Lei e não ao texto divulgado pelo Conselho de Ministros, já em 1999.) O facto de este diploma ter sido assinado em Conselho de Ministros imediatamente antes do mês de Agosto, tradicionalmente um mês de férias, e no final da vigência da Assembleia da República e do Governo, em vésperas da campanha eleitoral, pode ser interpretado como um acto político estratégico no contexto de conflito social no sector da saúde.

O diploma assinado em Conselho de Ministros em 29 de Julho de 1999 continha uma definição extremamente ampla de acto médico, enquanto «actividade de avaliação diagnóstica, prognóstica, de prescrição e execução de medidas terapêuticas relativa à saúde das pessoas, grupos e comunidades». Só poderia ser praticado por licenciados inscritos na Ordem dos Médicos.

Esta definição de acto médico vai contra a própria organização das profissões envolvidas na prática da medicina. A questão é particularmente evidente na prática clínica

⁸⁶ Portal do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, texto de 29 de Setembro de 2000 (acesso em Julho de 2008).

⁸⁷ Portal do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, texto de 29 de Setembro de 2000 (acesso em Julho de 2008).

de algumas especialidades, como é o caso da Fisiatria – o especialista diagnostica e prescreve a terapêutica mas não a aplica, quem o fará é o fisioterapeuta; mas coloca-se identicamente para todas as profissões de saúde secundárias ou paramédicas, como no caso dos enfermeiros. Numa interpretação literal desta definição, por exemplo, a simples aplicação de uma injeção seria um acto médico.

As referidas profissões de saúde, onde existe um conflito continuado pela autonomização relativamente à autoridade médica, permanecem na prática sob a autoridade dos licenciados inscritos na Ordem dos Médicos. No que toca a estes grupos profissionais, o diploma viria a instituir e legitimar pela lei a autoridade médica e pôr fim às reivindicações de maior autonomia, assegurando o controlo legal e legitimando a autoridade profissional dos médicos sobre os restantes profissionais da saúde.

A interpretação que se propõe da intencionalidade do diploma é a de que com este se procurava atingir vários objectivos. Primeiro, obviamente, a regulamentação do acto médico em si mesma, que não existia, e cuja maior ou menor latitude era correlativa à extensão do poder médico no campo da saúde. Em segundo lugar, procurava-se alcançar as vantagens de legitimação pelo Estado da autoridade da Ordem dos Médicos sobre o mercado da saúde, em duas vertentes: sobre as profissões secundárias e paramédicas e, por acréscimo, sobre a concorrência externa, quer dizer, os que praticavam MAC. Algo que não tinha sido possível realizar até à data, como vimos anteriormente.

Com a aprovação do diploma sobre o acto médico, a Ordem dos Médicos assegurava o monopólio de prática ou de autoridade sobre toda a actividade médica e paramédica, biomédica ou de MAC. Qualquer acto médico, nesta definição, teria de ser controlado pela autoridade de um licenciado pelas Faculdades de Medicina inscrito na Ordem dos Médicos. Este objectivo é ainda mais explícito no articulado relativo aos consultórios. Estes só poderiam funcionar sob a responsabilidade de médicos com título de especialista atribuído pela Ordem dos Médicos, caso contrário, previa-se o encerramento «pelas entidades policiais, mediante determinação da autoridade de saúde ou da Ordem dos Médicos», uma reiteração dos artigos 19º e 20º do Decreto-Lei nº 32171 de 29 de Julho de 1942, referidos em capítulo anterior.

Assim, os profissionais das MAC não iriam ser impedidos de exercer, mas só poderiam fazê-lo inseridos em clínicas sob a supervisão de médicos especialistas credenciados pela Ordem dos Médicos. Aliás, note-se que o diploma assinado em Conselho de Ministros tinha uma norma revogatória dos artigos 19º e 20º do Decreto-Lei de 1942,

uma vez que o decreto do acto médico consagrava e renovava a delegação de poderes do Estado na Ordem dos Médicos quanto à fiscalização do exercício de medicina, nestes moldes⁸⁸.

4.2.3. O Veto Presidencial

Não se poderá analisar o veto político do Presidente da República sem ter em conta o contexto em que a decisão foi tomada. A Assembleia da República está encerrada, o país encontra-se em campanha eleitoral, estão marcadas eleições para 10 de Outubro. Desde o início de Setembro que estamos em plena crise de Timor-Leste, que mobilizara as autoridades do Estado na área da diplomacia internacional e a população do país. O país chega a aguardar, para uma deliberação sobre o diploma do acto médico, que o Presidente Jorge Sampaio regressasse de uma deslocação a Nova Iorque em 20 de Setembro, quando discursou na Assembleia Geral das Nações Unidas em nome de Portugal, a favor da libertação de Timor-Leste. O dia seguinte, 21 de Setembro, completava o prazo limite para promulgação ou veto do diploma do acto médico⁸⁹.

Como foi possível observar nos documentos que constam do Arquivo da Presidência da República e que consultámos, adiciona-se a este contexto político os abaixo-assinados entregues pelos profissionais das MAC junto da Presidência da República (17 de Setembro), da Assembleia da República (20 de Setembro) obrigavam o diploma do acto médico a debate e deliberação ulteriores pela Assembleia da República, mesmo se obtivesse promulgação pela Presidência da República.

Tendo em conta o que foi acima mencionado sobre o diploma do acto médico e as profissões que este trata como secundárias, não constitui surpresa que enfermeiros e fisioterapeutas tenham igualmente protestado, representados pelas suas organizações sindicais ou protestos a título pessoal, contra a promulgação do Decreto-Lei junto da Presidência da República no período que antecede o veto. Para os enfermeiros, o diploma feria normas já existentes, como o Regulamento do Exercício Profissional dos

⁸⁸Curiosamente, a divulgação à imprensa do conteúdo do diploma do acto médico mencionava todo o conteúdo do diploma com excepção da norma revogatória:
http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC13/Comunicados_e_Conferencias_de_Imprensa/19990729.htm (acesso em Junho de 2008).

⁸⁹No documento original do veto, designado Comunicação ao Governo sobre o sentido da não promulgação do Decreto registado na Presidência do Conselho de Ministros sob o n.º 389/98/MS, Presidente da República, 21 de Setembro de 1999, o Presidente da República assinou «N.Y., 21 de Setembro de 1999».

Enfermeiros⁹⁰ e o diploma que criara a Ordem dos Enfermeiros⁹¹. O pedido de audiência da Comissão Negociadora Sindical dos Enfermeiros em 25 de Agosto afirmava o repúdio de todas as organizações profissionais de Enfermagem, subscritoras do documento enviado à Presidência da República.

Mais profissões da saúde surgiram em protesto. Para além dos fisioterapeutas, surgem na documentação enviada ao Presidente da República, por exemplo, a Associação Portuguesa de Ortopetristas, acusando o diploma de incidir sobre o exercício profissional de todos os técnicos de saúde. A relevância da referência a estes protestos e pedidos de audiência, além de constituírem prova documental da resistência activa por parte dos vários profissionais da saúde à tentativa de reforço de autoridade e monopolização por parte da Ordem e de outras associações profissionais representantes dos médicos, é a de nos proporcionar um indicador da intensidade de conflitualidade social que o diploma fizera emergir.

Para além dos profissionais de saúde de profissões técnicas e paramédicas, juntam-se os protestos dos profissionais das MAC, representados por vinte e quatro associações, nesta fase do processo reunidas em torno da Fenaman (Federação Nacional de Medicinas Alternativas Naturais). Segundo entrevista ao então presidente em exercício desta federação, Carlos Ventura⁹², terá sido a única situação na história das MAC em que a grande multiplicidade de associações desta área convergiu num grupo de pressão, unidas no que foi denominado, em reunião plenária das associações a 5 de Setembro, por «Convenção dos Parceiros da Área da Saúde Natural». Estas associações representavam terapeutas mas também escolas, alunos, associações cívicas e culturais e a área produtiva e comercial dos fabricantes, importadores, distribuidores e retalhistas dos suplementos alimentares, produtos biológicos, dietéticos e fitoterapêuticos, ou seja, todos os sectores não-biomédicos da oferta no mercado das MAC. A representação destas entidades junto da Presidência da República permitia argumentar, igualmente que, tanto na área das MAC como nas profissões da saúde da área da biomedicina, o diploma colidia com o direito constitucional ao exercício de profissão e de actividade económica (artigos 47º e 58º da Constituição).

Outra documentação que entrou na Casa Civil do Presidente da República foi enviada por associações homeopáticas europeias, cujos medicamentos já tinham sido

⁹⁰ Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, anexo I.

⁹¹ Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, anexo 2.

⁹² Entrevistas nº 7 e 8.

objecto de directivas europeias, como vimos em capítulo anterior; assim como declarações de protesto contra o diploma do acto médico enviadas por um osteopata com diploma reconhecido por *The British School of Osteopathy*, o que colocava um problema que surgira já no âmbito europeu, uma vez que punha em causa a livre circulação de pessoas, o reconhecimento de qualificações e o direito de exercício profissional no território da União Europeia.

Em resultado, o texto do veto político do Presidente apontava os seguintes fundamentos⁹³:

O diploma colidia com direitos, liberdades e garantias constitucionais, tais como a liberdade de consciência, o direito ao livre desenvolvimento da personalidade, o direito à liberdade de escolha, e o direito ao exercício de profissão;

O momento de apresentação do decreto suscitava objecções decisivas, o país estava em período pré-eleitoral e havia que respeitar o equilíbrio de poderes e o regular funcionamento das instituições: por ser matéria constitucional, o lugar de discussão e aprovação deste tipo de diploma seria a Assembleia da República; por ser matéria susceptível de conflitualidade social e de delimitação e repartição de competências, havia necessidade de controlo da actuação legislativa do Governo pela Assembleia da República; Como esta não estava em funcionamento e se vivia um período eleitoral, o diploma não poderia ser enviado para esta instituição. Após as eleições, a Assembleia da República deveria ser chamada a decidir. Até lá, a legislação em vigor permitia às autoridades a possibilidade de efectiva preservação dos interesses de saúde pública.

4.2.4. Na sequência do Veto Presidencial

Assim que a Presidência da República torna público o veto do diploma do acto médico, a Ordem dos Médicos vem declarar publicamente, na imprensa⁹⁴, o total desacordo com o veto presidencial e a aplicação de sanções. Anuncia que não irá convidar o Presidente da República para o Congresso de Medicina em que por tradição o Chefe de Estado ocupa a Presidência de Honra, e avança para a ameaça de realizar greves parciais de especialistas. Ameaças de greve que não viriam a concretizar-se.

⁹³ Comunicação ao Governo sobre o sentido da não promulgação do Decreto registado na Presidência do Conselho de Ministros sob o n.º 389/98/MS, Presidente da República, 21 de Setembro de 1999.

⁹⁴ *Expresso*, «Ordem dos Médicos exerce “vingança” contra Sampaio», 25-09-1999, p.1. *Público*, «Clínicos Ameaçam Parar», 28-09-1999, p.26.

Relativamente aos terapeutas, o então Bastonário, Germano de Sousa, atribui-lhes falta de qualificação profissional e acusa o Presidente da República de se colocar do lado de grupos não qualificados⁹⁵. Faz ainda uma tipificação de todos os terapeutas com recurso a um caso de um suposto curandeiro que nos Açores tinha recentemente sido responsável pela morte de dez pessoas por lhes receitar pesticida na cura contra o cancro⁹⁶, recurso retórico homólogo ao já acima identificado na análise ao relatório do Grupo Interdisciplinar do Ministério da Saúde, e que lhe permitia qualificar todos os profissionais das MAC como «charlatães».

No dia seguinte à publicitação do veto, várias são as reacções dos terapeutas. Em declarações à imprensa encontramos várias expressões de gratidão e de confiança nas instituições por parte dos profissionais da área das medicinas e terapêuticas alternativas, mas também por parte dos profissionais paramédicos, em especial pelas organizações representativas dos enfermeiros.

Em declarações ao *Expresso* em 25 de Setembro, Pedro Choy, nesta fase do processo aliado com a Convenção dos Parceiros da Área da Saúde Natural, referenciava o diploma do acto médico à legislação de 1942, conotando-o com a inexistência de democracia do tempo de Salazar⁹⁷. De resto, a 1 de Outubro de 1999, o Bastonário vem declarar à imprensa que a Ordem dos Médicos pretende recuperar a aplicação da lei de 1942⁹⁸, reiterando uma posição pública já assumida anteriormente⁹⁹.

A legislação de 1942 nunca fora, de facto, revogada. O diploma do Ministério da Saúde promulgado em Conselho de Ministros e vetado pelo Presidente da República ainda vinha substituir os artigos 19º e 20º do Decreto-lei nº 32171 de 29 de Julho de 1942¹⁰⁰. Como foi descrito em capítulo anterior, apesar dos processos judiciais instaurados pela Ordem dos Médicos contra os terapeutas, houve desde cedo por parte do poder judicial bastante tolerância para com estes profissionais, nomeadamente devido a contradições jurídicas derivadas da constituição de associações profissionais representativas e reconhecidas pelo Ministério do Trabalho. Por conseguinte, a Ordem dos Médicos dificilmente conseguia uma condenação dos arguidos.

⁹⁵ *Jornal de Notícias*, «Lei do acto médico chumba em Belém», 25-09-1999, p.28.

⁹⁶ *Jornal de Notícias*, «Ordem dos Médicos volta à carga contra “alternativas”», 29-09-1999, p.29.

⁹⁷ *Expresso*, «Veto sem alternativa», 25-09-99, p. 10.

⁹⁸ *Euronotícias*, «Vamos estar mais vigilantes», 01-10-99, p. 27.

⁹⁹ *Público*, «Ordem ameaça usar lei contra clínicas ilegais», 29-09-1999, p. 28.

¹⁰⁰ Projecto de Decreto-Lei nº 389/98/MS, norma revogatória do artigo 5º.

A legislação existente era suficiente para os médicos exercerem a função delegada pelo Estado de fiscalização do exercício da biomedicina, mas a legislação era insuficiente para assegurar o monopólio do mercado da saúde para os médicos, no que respeita ao exercício de MAC; o diploma vetado concretizaria essa monopolização no plano legal.

Se a sanção anunciada de realizar greves parciais não se concretizou, já a ameaça de utilizar a lei de 1942 e de encerrar clínicas e consultórios dos profissionais das MAC terá sido concretizada. Embora não seja possível determinar a amplitude com que tal sucedeu, foi noticiada pela Revista da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (SRNOM), o encerramento de uma clínica de Reiki em 12 de Janeiro de 2001 pelas autoridades policiais, em resposta a uma queixa daquela Secção datada de 31 de Outubro de 2000. A queixa era apresentada «Nos termos do disposto nos artigos 19º e 20º do Decreto-Lei nº 32 171, de 1942».

Quando inquirido sobre a razão de a Ordem dos Médicos não aplicar com mais rigor a lei de 1942, na entrevista ao *Euronotícias* já mencionada, o Bastonário da Ordem dos Médicos, Germano de Sousa, respondia que tal se devia ao facto de os médicos não considerarem as MAC lesivas dos interesses dos portugueses, citando o caso da homeopatia. Na mesma entrevista afirmava que a Ordem dos Médicos não pretendia tutelar as MAC e que «o artigo 138º do nosso Código Deontológico diz que é vedado aos médicos o exercício de práticas não científicas». Acrescentava que a Ordem dos Médicos reconhecia práticas cientificamente comprovadas como a acupunctura e a massagem. No entanto, reafirmava que o diagnóstico e as terapêuticas eram um acto médico.

Na prática, e apesar da legislação existente, devido às estratégias desenvolvidas pelos profissionais das MAC para credenciarem a sua actividade através de associações patronais, reconhecidas como válidas nos processos judiciais, assim como pela tolerância que os Tribunais conferiam à prática das MAC, a Ordem dos Médicos não possuía instrumentos suficientes para garantir o monopólio dos médicos sobre o mercado da saúde. Nessa época, vários são os jornais que noticiam a existência de cerca de 10 mil profissionais de MAC, número avançado pelas organizações representativas destes profissionais.

Na realidade, não existe até hoje qualquer tipo de levantamento estatístico quanto aos profissionais que exercem estas medicinas, nem do número de profissionais das áreas associadas da produção, distribuição e retalho de aparelhos e medicamentos destas medicinas. Em 2008, o número divulgado de profissionais dasMAC continuava a ser na

ordem dos 10 mil, estimativa que não especificava quantos destes eram terapeutas. A estimativa refere-se a toda a área das MAC, do mercado de serviços de consulta ao do tratamento. Em 1999, Carlos Ventura, em representação da Associação Portuguesa de Naturologia, falava ao jornal *24 horas* em números mais específicos¹⁰¹. Haveria cerca de 3 mil profissionais que realizavam consultas, cerca de 6 mil auxiliares e mais de 2500 pessoas a trabalhar na área comercial. No entanto, no trabalho de campo realizado a médica Helena Pinto Ferreira manifestava a sua preocupação com a existência de 10 mil profissionais das MAC¹⁰². Este número cristalizava-se como percepção da dimensão dos terapeutas em exercício no mercado. Para apreciarmos a importância deste valor, em termos de representação da concorrência no mercado da saúde, compare-se com o número de médicos. Segundo os dados estatísticos divulgados pela Ordem dos Médicos, no ano de 1999 estariam inscritos 33.439 médicos, sendo a inscrição na Ordem obrigatória para o exercício da medicina. Para o ano de 2007, a estatística da Ordem dos Médicos contabilizava 41.846 médicos¹⁰³. Não obstante o número de profissionais mais directamente comparáveis com os médicos, segundo os números de Carlos Ventura, ser de apenas 3.000, as restantes informações documentais e as alegações colhidas no trabalho de campo apontam para que a representação da magnitude da concorrência a terá, como dissemos, tomado de modo indiferenciado e cristalizado na dezena de milhares.

Por outro lado, como observámos no trabalho de campo realizado e como se depreende das palavras do Bastonário da Ordem dos Médicos, a própria Ordem tolerava algumas destas medicinas, embora não as entendesse como tal, antes como técnicas terapêuticas e, como vimos em capítulo anterior, preparava-se para iniciar o processo de apropriação da acupunctura enquanto técnica a utilizar no contexto teórico da biomedicina com legitimação científica, pondo em curso a institucionalização da acupunctura médica ou «acupunctura contemporânea».

No que se refere aos profissionais das MAC, o acto médico veio proporcionar um momento de intensa reconfiguração das relações entre os actores. A união contra o diploma do acto médico num poderoso grupo de pressão é um momento particularmente propício para identificar os grupos de actores na área das MAC. Unidos na plataforma conjunta denominada Convenção dos Parceiros da Área da Saúde Natural, em 1999,

¹⁰¹ *24 Horas*, «Mais de dez mil profissionais podem ficar desempregados», 27-08-1999, p.7.

¹⁰² Entrevista n.º 20.

¹⁰³ Portal da Ordem dos Médicos - «Distribuição por Especialidade, Idade e Sexo» (acesso em Setembro de 2008). Em 2010, a estatística disponível não tinha sido actualizada, sendo 2007 o último ano para o qual estão disponíveis dados.

encontravam-se 24 associações, profissionais, ligadas ao ensino e à formação, ou outras relacionadas com divulgação e promoção das MAC, incluindo a distribuição comercial de produtos relacionados:

Profissionais

Associação dos Dietéticos Naturais (ADN);
Associação dos Técnicos de Recuperação (ANTER);
Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas (APA-DA);
Associação Portuguesa de Homeopatia (APH);
Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural (APMA);
Associação Portuguesa de Naturopatia (APNA);
Associação Portuguesa de Acupunctura Su-Jok (APASJ);
Associação Portuguesa de Medicina Tradicional Chinesa (APMTC);
Associação Profissional dos Especialistas de Medicina Tradicional (ASPEMT);
Federação Nacional de Medicinas Alternativas Naturais (FENAMAN);

Ensino / Formação

Associação Académica da Escola das Ciências Naturais e Homeopáticas (AAECNH);
Associação de Estudantes da Escola Superior de Biologia e Saúde (AEESBS);
Associação de Estudantes da Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (AEESMTC);
Escola das Ciências Naturais e Homeopáticas (ECNH);
Escola Superior de Biologia e Saúde (ESBS);
Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC);
Instituto Português de Naturologia (IPN);

Outras

Associação Portuguesa de Alimentação Racional e Dietética (APARD);
Revista de Saúde Natural, Ecologia e Cultura (BeijaFlor);
Centro para a Divulgação de Alternativas (Espiral);
Instituto Macrobiótico Português (IMT);
Organização Mundial das Medicinas Alternativas (OMMA);
Sociedade Portuguesa de Naturologia (SPN);
União Macrobiótica e Vegetariana (UNIMAVE).

Não obstante a convergência reunida na Convenção dos Parceiros da Área da Saúde Natural, restaram ainda outras associações não alinhadas com esta configuração de actores, que surgiam em protesto junto da Presidência da República, como a Associação de Medicina Natural e Bioterapêuticas (AMENA). Outro grupo surgiu nesta altura, a Comissão Coordenadora para a Regulamentação da Naturologia (CCRN), liderada pelo terapeuta Jerónimo Sardinha que viria a intervir no processo legislativo na Assembleia da República, em cisão com o grupo de naturólogos representado pela Fenaman, mas que representava poucos terapeutas e virá a ser destituída em 2001, durante o processo

legislativo¹⁰⁴. A própria Fenaman, enquanto federação de associações, agente central da mobilização do referido grupo de pressão para a não promulgação do acto médico, vem a cindir-se em duas Federações em 2000. A Fenaman perde associados, que se organizam em torno do Conselho Federativo – Federação das Medicinas Não Convencionais. Durante e sobretudo após o período de união e aliança contra o diploma do acto médico, as cisões verificadas indicam a extensão das divisões entre grupos de terapeutas das MAC, renunciando processos de disputa internos para fases subsequentes do processo de institucionalização do mercado.

As anunciadas sanções da Ordem dos Médicos sobre o Presidente da República obtiveram má recepção na opinião publicada, onde o veto presidencial é aplaudido e o diploma do acto médico fortemente criticado. O contexto da opinião publicada não parece favorável ao que é denominado de «manifestações de corporativismo», que a tentativa de monopolização do mercado da Saúde por parte da Ordem dos Médicos tinha constituído. Conforme à proposição de Berlant (1975: 119-120), segundo a qual

a teoria weberiana da monopolização requiere maior desenvolvimento no aspecto do problema da receptividade social para a monopolização. Organizar a conduta de membros de grupos de interesse numa direcção monopolística não é suficiente para explicar uma monopolização bem sucedida; o grupo de interesses deve lidar igualmente com as reacções de outros grupos sociais e com os constrangimentos institucionais e encontrar terreno fértil para crescer. Assim, a monopolização não requer somente mecanismos de desenvolvimento para lidar com a receptividade variável da sociedade relativamente aos esforços do grupo de interesses. Um grupo pode tentar organizar os seus membros numa direcção monopolística, mas o grupo deve ainda eliminar os competidores externos, ganhar aliados, e desarmar críticas para alcançar com sucesso a monopolização (Berlant 1975: 119-120).

A estratégia de monopolização jogada pela Ordem dos Médicos para monopolizar o mercado de cuidados de saúde teve como efeito perverso contribuir para a união, embora passageira, dos profissionais das MAC, que conseguem entre Agosto a Outubro ganhar visibilidade pública e colocar estas medicinas na agenda pública, mediática e política, conseguindo igualmente maximizar as suas estratégias, quer públicas quer ao nível das suas redes informais, no sentido de ganhar aliados.

Numa das reacções ao veto presidencial, na primeira conferência de imprensa realizada pela Convenção dos Parceiros da Área de Saúde Natural, o representante, José Faro (Director da ESMTC e dirigente da APAMTC), declarava aos jornalistas o que foi assim noticiado pelo *Diário de Notícias*:

¹⁰⁴ *TSF*, «Comissão de Naturalogia “sem legitimidade”, diz APHCE [Associação Portuguesa de Homeopatia Clássica e Energologia]», 13-05-2001.

Lamentando que ninguém os ouça desde 1982 quando começaram a «bater à porta dos ministérios para a regulamentação» dizem-se «expostos a situações desagradáveis de vazio legal, há quem use indevidamente os nossos títulos profissionais»¹⁰⁵.

Estas declarações parecem-nos importantes por enunciarem a existência, sob conflito e as reivindicações relativas à monopolização do mercado da saúde pelos médicos, de um conflito homólogo sobre a delimitação do acesso ao mercado legítimo das MAC, que estes profissionais pretendiam autonomizar. Assim, a referência à utilização indevida dos títulos profissionais de MAC instala uma ambiguidade fundamental, já que tanto pode ser interpretada como a ameaça da tomada do terreno das MAC pelos profissionais da biomedicina, particularmente no caso da «acupunctura contemporânea», como a ameaça de acesso a esse mesmo terreno por profissionais de MAC não qualificados – em qualquer dos casos ameaçando uma estratégia alternativa de monopolização dos mercados das MAC por profissionais não-biomédicos credenciados. Como veremos, este problema virá a dar os seus frutos nas lutas ulteriores entre os próprios profissionais MAC pelo controlo desses mercados.

Apesar de uma agenda mediática muito sobrecarregada, nomeadamente pela campanha eleitoral e a questão de Timor-Leste, com o protesto contra o acto médico e o subsequente veto presidencial os profissionais das MAC conseguiram colocar as suas questões na agenda mediática. A falta de regulamentação desta área passou a ser equacionada como um problema de saúde pública a resolver fora da regulação directa pelo poder médico, assim entrando na agenda política. Na conferência de imprensa mencionada, Carlos Ventura, na altura designado como presidente da Fenaman, declara-se «“satisfeito” com a ronda que o director-geral de Saúde está a efectuar com os representantes, o que nunca tinha acontecido antes por parte de uma estrutura oficial»¹⁰⁶.

As consequências do diploma do acto médico de 29 de Julho de 1999 irão prosseguir, quando passamos do espaço da agenda mediática para o espaço de discussão pública da Assembleia da República, na legislatura que se inicia a 25 de Outubro de 1999. O modo como tal irá acontecer deriva em parte da luta entre as organizações profissionais da biomedicina e as das MAC, que se transfere do campo jurídico para a luta política e legislativa da Assembleia da República, onde os interesses dos profissionais de cada tipo de medicina em competição e a respectiva luta pela institucionalização de normas se irão

¹⁰⁵ *Diário de Notícias*, «Debate com nível precisa-se», 1-11-1999, p. 33.

¹⁰⁶ *Diário de Notícias*, «Debate com nível precisa-se», 1-11-1999, p. 33.

entretecer com as ideologias e as agendas político-partidárias. Estas condições irão condicionar decisivamente as formas de equacionar o problema no processo legislativo.

4.2.5. O Processo Legislativo na Assembleia da República

Vetado o diploma, o Ministério da Saúde perde legitimidade e a prerrogativa sobre esta matéria, agora constituída como problema social no espaço público. Inicia-se o processo legislativo por iniciativa dos grupos parlamentares na Assembleia da República, que vai decorrer de 07 de Dezembro de 1999 a 22 de Agosto de 2003.

Das eleições legislativas de Outubro de 1999 resultou alguma continuidade em termos de contexto político. Mais uma vez, o PS governa com maioria relativa e é Primeiro-Ministro António Guterres (XIV Governo Constitucional). Mas a composição da Assembleia da República alterou-se substancialmente, no sentido de uma viragem à esquerda. O PS detém mais 3 deputados, o PSD perdeu 7 deputados, o CDS-PP mantém o número de deputados, a CDU-PEV obtém mais 2 deputados do que na legislatura anterior e surge uma nova bancada parlamentar com 2 deputados, o Bloco de Esquerda (BE).

A 7 de Dezembro de 1999, o Bloco de Esquerda avança com o primeiro projecto de lei sobre a matéria, o Projecto-Lei n°34/VIII. O projecto segue para a Comissão de Educação, Ciência e Cultura e para a Comissão de Saúde e Toxicodependência. Ambas as comissões emitem parecer favorável à discussão plenária do projecto-lei, que virá a ser agendada para 31 de Maio de 2000. O relatório da Comissão de Saúde e Toxicodependência é bastante sucinto e divulgado a 6 de Janeiro de 2000. Já o relatório da Comissão de Educação, Ciência e Cultura será divulgado a 2 de Fevereiro de 2000 e vem fundamentar o parecer em algumas questões de legalidade na área da Saúde. Refere a Lei de Bases da Saúde em vigor¹⁰⁷, na base I, n°1, que estabelece como direito fundamental a «liberdade de procura e de prestação de cuidados nos termos da Constituição e da Lei», acrescenta ainda que

[n]o conjunto do diploma da Lei de Bases da Saúde, existe, de facto, uma lacuna em relação aos praticantes destas medicinas, tanto no sector médico, como no que respeita à sua responsabilização como profissionais, o que se pode dizer igualmente quanto aos que actuam no ramo da medicina convencional.¹⁰⁸

¹⁰⁷ Lei n° 48/90 de 24 de Agosto.

¹⁰⁸ DAR, II série, n°20 de 05-02-2000.

Como explicar que a Comissão de Educação, Ciência e Cultura se refira a matéria da alçada da Comissão de Saúde e Toxicodependência, e sobre a qual esta não se tinha pronunciado cerca de um mês antes? Uma explicação é a entrada a 26 de Janeiro de 2000, uns dias antes deste relatório, da iniciativa legislativa do PSD (Projecto-Lei nº91/VIII), com a intenção de legislar o acto médico.

Legislar o acto médico em aliança com o PS tinha-se tornado uma impossibilidade política, na sequência do veto político do decreto-lei do Executivo do Partido Socialista que pretendia legislar-lo e de toda a conflitualidade social e oposição generalizada a que tinha lugar. Desta forma, a Ordem dos Médicos vai aliar-se ao PSD, na oposição. A 4 de Fevereiro de 2000, o Bastonário da Ordem dos Médicos, Germano de Sousa, em declarações à imprensa, vem tentar reformular publicamente a legislação do acto médico, no sentido de restringir e dividir os interesses em oposição, argumentando que esta não pretendia ir contra os interesses das outras profissões da saúde mas contra os «charlatães», quer dizer, a concorrência externa:

A lei do acto médico, em boa hora aprovada pelo Governo do PS, e em má hora vetada por Sua Excelência o Senhor Presidente da República e felizmente agora levada ao Parlamento pelo PSD, nada mais cria do que um simples esforço e reconhecimento dessa exigência [de «defesa da saúde dos cidadãos»]. A lei do acto médico nada tem a ver com profissões de saúde também fundamentais e já regulamentadas, como é o caso da enfermagem. A lei do acto médico, pelo contrário representava e representa mais uma garantia de qualidade a que o Estado se obriga para defender o cidadão doente, que no desconhecimento da ciência médica é levado a acreditar em diagnósticos fantasiosos, promessas de curas fáceis e até milagrosas, e aceita seguir tratamentos que mesmo quando são inócuos, impedem ou atrasam o tratamento mais adequado para as suas queixas.¹⁰⁹

Acrescenta ainda que reconhece a validade científica de alguns tratamentos fitoterápicos, da acupunctura ou de algumas técnicas da osteopatia e da quiropraxia, mas que o exercício profissional destas só será aceite se tutelado pelo diagnóstico de médicos credenciados, e estes profissionais integrados «como profissão complementar ou auxiliar da medicina»¹¹⁰.

A estrutura de relações de sentido subjacentes, a seguir esquematizada na Figura 4, por um lado dissocia as profissões já regulamentadas, enquanto sujeitas ao poder médico (detentor do monopólio do do diagnóstico científico legítimo), das práticas das MAC que o não estão, retirando-as dos alvos da regulamentação do acto médico; ao mesmo tempo que, por outro, lhes associa selectivamente terapêuticas MAC se e só se subordinadas ao poder médico, logo, carecendo de regulamentação do acto médico para o seu exercício legítimo, assim impondo ao terreno das MAC uma divisão segundo os critérios médicos.

¹⁰⁹ *Euronotícias*, «Acto médico», artigo de opinião de Germano de Sousa, 4 de Fevereiro de 2000, p. 21.

¹¹⁰ *Euronotícias*, «Acto médico», artigo de opinião de Germano de Sousa, 4 de Fevereiro de 2000, p. 21.

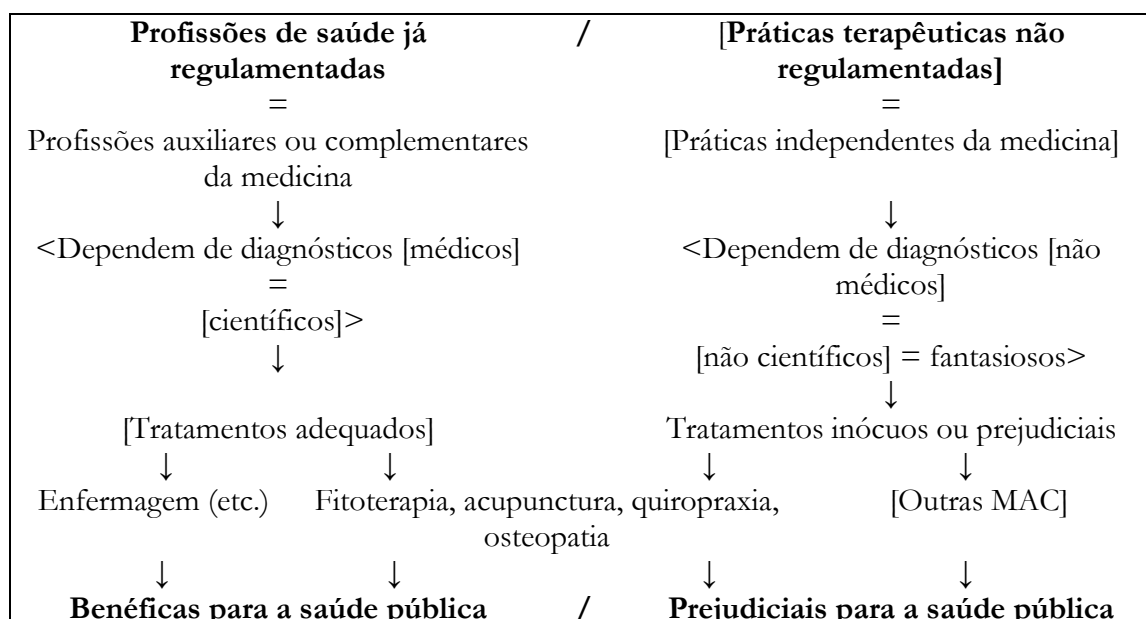


Figura 4 - Análise estrutural do discurso do Bastonário da OMP sobre o Acto Médico.

O projecto de lei que o PSD irá apresentar na Assembleia da República evoca nos seus fundamentos a Lei de Bases de 24 de Agosto de 1990, para referir a Base XXXII, no número 2: «É definido na lei o conceito de acto médico» e no número 4:

É reconhecida à Ordem dos Médicos a função de definição de deontologia médica, bem como a de participação, em termos a regulamentar, na definição da qualidade técnica mesmo para os actos praticados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, estando-lhes também cometida a fiscalização do exercício livre da actividade médica.¹¹¹

Na exposição de motivos, a definição de acto médico é justificada da seguinte forma:

Esta definição não compreende, obviamente, toda a actividade de avaliação diagnóstica ou toda a execução de medidas terapêuticas no âmbito da prestação de cuidados de saúde, porquanto outras actividades profissionais podem concorrer para tais fins. Mas, nestes casos, não é de actos médicos que se trata, antes de actos próprios – técnicos, terapêuticos e outros – a exigir definição independente e regulamentação particular. Advoga-se, neste sentido, que outros actos de cuidados de saúde, como seja o caso de actos de enfermagem, de fisioterapia ou ainda de homeopatia ou acupunctura, por exemplo, venham a ser consagrados em legislação própria e distinta da do acto médico. Assim, sem prejuízo da discussão, definição e regulamentação ulterior de outras intervenções existentes na óbvia multidisciplinaridade dos cuidados de saúde modernos, deve ser reconhecida, desde logo, a primordial importância do acto médico diariamente exercido em benefício das pessoas e comunidades.¹¹²

¹¹¹ Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto.

¹¹² DAR, II série, n.º 19 de 03-02-2000.

Assim, o acto médico, praticado por médicos credenciados pela Ordem dos Médicos distinguia-se de outros actos, por contraste «não médicos», definidos como «técnicos» ou «terapêuticos», próprios das profissões secundárias de saúde e dos profissionais das MAC – ou, nesta lógica, de «técnicas ou terapêuticas não convencionais». Note-se que são mencionadas como exemplo as duas MAC de que existia já há algum tempo prática médica em Portugal (como noutros países, nomeadamente da União Europeia): a homeopatia e a acupunctura, embora só a acupunctura venha a ser formalmente reconhecida pela Ordem dos Médicos. No entanto, apesar dos motivos evocados na iniciativa legislativa, o articulado do projecto de lei constitui uma cópia exacta do diploma vetado pelo Presidente da República, cinco meses antes.

O projecto de lei segue para a Comissão de Saúde e Toxicodependência, onde dá entrada a 24 de Maio. A Comissão irá apresentar relatório depois da discussão em plenário do Projecto-Lei nº34/VIII, iniciativa legislativa do Bloco de Esquerda relativa às medicinas não convencionais, e da discussão da Petição apresentada pela Fenaman durante o mês de Setembro de 1999¹¹³ para pressionar no sentido do veto presidencial do diploma do governo sobre acto médico.

O relatório da Comissão, com data de 12 de Outubro de 2000, vem declarar:

O presente projecto de lei é em tudo semelhante ao diploma aprovado a 29 de Julho de 1999, em Conselho de Ministros, pelo governo da anterior legislatura.

Em Setembro de 1999 o projecto de diploma sobre o acto médico foi vetado por S. Ex.^a o Sr. Presidente da República.

Em consequência deste acto político surgiram inúmeras reacções dirigidas à Assembleia da República provenientes das mais diversas organizações representativas de profissionais de saúde e outros, tendo sido remetidos para esta Comissão vários pareceres, assim como opiniões expressas em audiências realizadas pela Comissão durante a 1ª sessão da actual Legislatura.

De igual forma, diversas foram as audiências realizadas pelos diferentes grupos parlamentares.

Até Julho de 2000, no expediente da 8ª Comissão constavam os seguintes pareceres: Sindicato dos Quadros Técnicos do Estado; Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portugueses; Associação Portuguesa de Acupunctura; Belgian Acupunctors Federation; Organização Mundial das Medicinas Alternativas Naturais; Associação Portuguesa de Alimentação Racional e Dietética. § Das audiências realizadas por esta Comissão manifestaram a sua opinião sobre a matéria as seguintes organizações: Associação dos Dietéticos Nacionais; Associação Nacional dos Técnicos de Farmácia; Comissão Coordenadora para a Regulamentação da Naturologia; Federação Nacional dos Sindicatos de Enfermeiros.¹¹⁴

¹¹³ Petição nº 1/VIII/1 de 20-09-1999.

¹¹⁴ DAR, II série, nº8 de 20-10-2000.

De tão longa listagem de grupos de profissionais que vieram protestar contra a iniciativa legislativa do PSD se pode depreender que o contexto não seria favorável à reabilitação do acto médico nos termos em que fora apresentado, ou seja, exactamente igual ao decreto vetado. Depois do veto, não apenas os profissionais de saúde e das MAC estavam alerta como, politicamente, parecia pouco defensável discutir um diploma vetado pela Presidência da República, em que se fundamentara a recusa do diploma não somente no facto de ser matéria da competência da Assembleia da República mas também no carácter inconstitucional da definição de acto médico que era decretada pelo Governo. Era impossível voltar atrás no tempo. Para mais, tinha dado entrada o Projecto-Lei do Bloco de Esquerda que já tinha sido discutido e aprovado na generalidade e, nessa sessão plenária, o Partido Socialista tinha anunciado uma iniciativa legislativa na mesma matéria.

A 31 de Maio de 2000 realizou-se a discussão plenária do Projecto-Lei 34/VIII, iniciativa legislativa do Bloco de Esquerda, intitulada «Regulamentação das Medicinas Não Convencionais». Veremos, em traços gerais, os conteúdos deste primeiro projecto de lei.

Em termos de fundamentação da iniciativa legislativa, são avançados os seguintes argumentos: a estatística que comprova a existência de uma crescente procura destas medicinas na União Europeia e o seu paralelismo com o caso português; o crescente interesse das populações e da própria biomedicina pelas MAC. A referência à União Europeia nesta matéria desde as directivas que tinham integrado os medicamentos homeopáticos no conjunto dos medicamentos com estatuto legal à aprovação do Relatório Lannoye em 1997 pelo Parlamento Europeu. São ainda tomadas como referência as legislações de vários países europeus favoráveis à institucionalização em normas que legalizem e sancionem a utilização de MAC. A fundamentação da iniciativa legislativa invoca ainda o argumento do direito de escolha terapêutica que, como vimos, está presente em vários enquadramentos legislativos europeus. Acresce o argumento da necessidade da defesa da saúde pública, mais especificamente, a necessidade de assegurar a qualidade destes cuidados de saúde. Nos termos do articulado, defende-se igualmente o direito de exercício de profissão, direito constitucional que fora referido no veto presidencial, e a necessidade de credenciação dos profissionais, que vimos serem recomendações quer da OMS quer da União Europeia. Na defesa da saúde pública, invoca-se não somente a certificação com base na qualificação profissional, como o direito dos cidadãos à informação, a partir dos necessários estudos de investigação científica e avaliação da

eficácia terapêutica. Ainda na exposição de motivos refere-se a existência de uma «lacuna legislativa sobre medicinas não convencionais»¹¹⁵.

Em termos de definição, o artigo 1º definia estas como «as que actuam de forma complementar ou alternativa às medicinas inseridas nos ramos até agora legalmente reconhecidos e que utilizam meios e agentes bioterapêuticos»¹¹⁶. No seu articulado, o diploma não indica as medicinas a regulamentar, apenas na exposição de motivos refere a homeopatia, a acupunctura, a quiropraxia e fitoterapia, a que acrescentam a referência, mais adiante no texto, à naturopatia, à medicina tradicional chinesa, ao shiatsu e à medicina antroposófica. Isto porque o diploma remete a identificação das medicinas com eficácia reconhecida a nível internacional para uma Comissão Nacional de Peritos a criar pelo diploma. Para além da função mencionada, a esta Comissão competiria o acompanhamento, sob a tutela do Estado, do processo de legalização e formação profissional, a análise de equivalências dos cursos certificados no estrangeiro e a informação sobre os estudos de eficácia terapêutica. Para além da divulgação de informação ao cidadão, competiria ainda a esta Comissão o regime transitório de certificação. A composição da Comissão prevista era a de dois profissionais e investigadores de reconhecida idoneidade de cada uma destas medicinas, dois médicos convencionais, dois representantes do Ministério da Educação e dois representantes do Ministério da Saúde.

Do exposto, podemos concluir que a primeira iniciativa legislativa não procurava definir os parâmetros de legalização nem da regulamentação. Antes, definia as condições para a regulamentação das MAC, delegando numa Comissão tutelada pelo Estado essa mesma regulamentação. O modelo adoptado recuperava o modelo recomendado no relatório anteriormente referido, da Direcção-Geral de Saúde (DGS)¹¹⁷. Esta configuração geral da norma irá prevalecer em projectos de lei posteriores e na Lei de Bases das Terapêuticas Não Convencionais aprovada em 2003.

No articulado, especifica-se ainda que deveria ser reconhecido o estatuto profissional dos que praticavam MAC pela sua credenciação através do registo profissional na especialidade ou no sector, o que já sucedia, como descrito em capítulo anterior. O diploma podia assim legitimar pela lei a certificação já existente. Consagrava-se ainda o direito de prescrição aos profissionais das MAC.

¹¹⁵ DAR, II série, nº 10 de 18-12-1999.

¹¹⁶ DAR, II série, nº 10 de 18-12-1999.

¹¹⁷ Relatório do Grupo de Trabalho - Medicinas Não Convencionais. 1999. Direcção-Geral de Saúde.

Outros aspectos do projecto de lei são a reivindicação de participação pelo Estado de cuidados de saúde e medicamentos destas medicinas, bem como a integração destas medicinas no Sistema Nacional de Saúde. A atribuição de participação do medicamento reenviava para a criação de outra comissão com as funções de estabelecer critérios de qualidade e protecção da saúde pública.

Um aspecto importante é o de que o projecto de lei vinha definir o direito dos profissionais certificados a dirigirem consultórios, sob a tutela das Administrações Regionais de Saúde, na dependência da Direcção-Geral de Saúde. Continha também uma norma revogatória de todas as disposições que contrariassem o disposto, o que incluiria os artigos 19º e 20º da Lei de 1942.

Na sessão plenária deste dia discutiram-se, para além deste projecto de lei, outros aspectos da área da saúde. Realiza-se a reivindicação pela oposição, neste caso, o PSD, de um relatório anual sobre o estado da saúde, nomeadamente a necessidade de informação atempada sobre dados gerais e estatísticos do Sistema Nacional de Saúde. O PSD refere existirem mais de 500 relatórios dispersos e com dados desactualizados. O PS, no governo, evoca a ineficácia do sistema de recolha de dados estatísticos que afirma procurar solucionar. Fala-se de listas de espera para consultas e cirurgias, de falta de médicos de família e do crescimento da despesa com a saúde sem resultados proporcionais. Prossegue a discussão em Assembleia da política do medicamento e debatem-se iniciativas legislativas que visam incrementar o uso do medicamento genérico. Fora da Assembleia da República, esta é a altura em que o Presidente da República realizara uma «Semana da Saúde», apontando para vários problemas no sector. Também fora divulgado um relatório de Constantino Sakllarides, anterior Secretário de Estado da Saúde. No conjunto, vive-se um contexto muito crítico relativamente ao estado do Serviço Nacional de Saúde.

Na abertura da discussão, o deputado do Bloco de Esquerda apresenta a iniciativa legislativa à Assembleia. Começa por opor medicina tradicional a medicina convencional, defendendo a ancestralidade das práticas tradicionais por oposição à «medicina científica». Evoca o argumento de que o projecto de lei visa «separar o trigo do joio», ou seja, assegurar a prestação de cuidados de saúde nesta área com certificação de qualidade que não se confunda com a prática de curandeiros como o dos Açores – figura com que, como vimos, o bastonário da Ordem dos Médicos tipificara, por altura do veto, todos os profissionais das MAC como «charlatães». Fundamenta a iniciativa legislativa nas recomendações da OMS, referindo que estas se tinham iniciado no ano de 1978 e prosseguiam até à data, no sentido do reconhecimento das medicinas tradicionais. Fundamenta a iniciativa, também,

no Relatório Lannoye e na Resolução do Conselho da Europa de 1999. Refere a legislação de países europeus, como já mencionado. Para além da OMS e da União Europeia, a fundamentação da iniciativa legislativa toma em conta o já referido relatório da DGS de Março de 1999, onde se propunha uma comissão de certificação da formação profissional e de reconhecimento de escolas, a nível nacional e internacional. Por fim, reconhece duas críticas ao projecto de lei, a fraca definição das medicinas a regulamentar e o princípio da comparticipação. Relativamente à primeira destas críticas, justifica que compete à Comissão de Peritos essa função. Quanto à segunda, admite que se venham a criar dois diplomas em sede de especialidade, um sobre a regulamentação destas medicinas e um outro sobre o regime de comparticipação.

A bancada parlamentar do PS intervém para afirmar que o projecto de lei estabelece uma errónea dualidade entre medicinas não convencionais e as medicinas legalmente reconhecidas. Por outro lado, reafirma as duas críticas ao diploma já mencionadas. O deputado do BE responde que o termo «medicinas não convencionais» é o utilizado pela OMS e a União Europeia, embora reconheça existir uma «discussão terminológica». Na sua resposta afirma ainda que «[...] fizemos a escolha de submeter ao Parlamento um diploma que mandata o Ministério da Saúde e [...] o Ministério da Educação para gerir este processo [...]»¹¹⁸.

Intervém de seguida, mais uma vez, um deputado do PS. Defende que a regulamentação é «uma necessidade incontornável», apoiando a sua afirmação nas recomendações da OMS e da União Europeia, bem como no Relatório da DGS. Menciona cinco medicinas como sendo as mais reconhecidas, as mesmas que constavam do Relatório da DGS: homeopatia, osteopatia, quiropraxia, acupunctura e fitoterapia. Menciona ainda casos de regulamentação e legalização em outros países europeus. Estabelece uma equivalência entre a regulamentação, o progresso, a abertura de espírito e a tolerância, acrescentando que «[j]ulgamos que também a sociedade portuguesa está já suficientemente madura para o reconhecer». Por outro lado, avança com a noção de complementaridade entre medicinas «[...] até porque são cada vez mais os médicos que se interessam pelas medicinas não convencionais [...]». Acrescenta outros argumentos a favor da regulamentação, bem como o já mencionado argumento da necessidade de «separar o trigo do joio». Afirma:

¹¹⁸ DAR, I série, nº72 de 01-06-2000.

Torna-se, assim, necessário ultrapassar o preconceito e o corporativismo bloqueador que vê as medecinas não convencionais como um domínio de bruxos e aceitar humildemente que a medicina convencional não tem a solução para todos os problemas de saúde.

Prossegue a sua intervenção com outros argumentos para finalizar com críticas ao projecto de lei do Bloco de Esquerda, sublinhando o desacordo com o princípio de comparticipação, por procurar «pôr um telhado onde ainda não existem alicerces». Termina com o anúncio de que o Partido Socialista irá apresentar um projecto de lei, «o mais tardar até final de Outubro».

O Partido Comunista Português faz-se representar nesta sessão pela deputada que fora autora do relatório da Comissão de Saúde e Toxicodependência sobre o projecto de lei do PSD em que se pretendia legislar o acto médico. Da sua argumentação salientamos a defesa de uma concepção holística da saúde e da progressiva multidisciplinaridade da prática clínica. Reafirma o aumento da procura registado pelas estatísticas europeias e que o vazio legal pode constituir um problema de saúde pública. No entanto, critica o projecto de lei em discussão, nomeadamente quanto à falta de definição de medecinas não convencionais e aponta a impossibilidade de implementar um sistema de comparticipação nestas condições. Termina a sua intervenção de modo que remete o projecto de lei para a discussão na especialidade.

Segue-se, na discussão parlamentar, a intervenção do deputado do PSD, o maior partido na oposição nessa época. Na sua intervenção, o deputado que intervém faz uma breve história da medicina em geral e no país, referindo que «A partir de 1978, começaram a realizar-se diversos congressos sobre a naturologia e as suas disciplinas, bem como as primeiras reuniões de sensibilização da Assembleia da República e do governo.» Menciona o relatório da DGS de 1999. Prossegue com outra argumentação para afirmar que o PSD exige «uma intervenção do Governo neste assunto», a necessidade de «separar o trigo do joio» e a acusação de que o Partido Socialista, no governo, perdera mais de três anos com esta matéria e que colocara o referido relatório «na gaveta». Acrescenta ainda que é necessária a coragem para o acompanhamento e controlo das MAC e ainda:

Haja a coragem de integrar nesta reflexão os representantes das medecinas convencionais, assumindo-se a primazia destas, mas reconhecendo a ajuda das medecinas/terapêuticas alternativas no tratamento do cidadão, o qual deve ter a possibilidade de escolha.

Termina a sua intervenção com a disponibilidade do partido para discutir o projecto de lei em sede de especialidade, e com uma citação que contém uma concepção holística da

saúde. Por fim, afirma que «a regulamentação das medicinas/terapêuticas alternativas é um caminho que, de facto, não tem recuo».

Segue-se a intervenção da bancada parlamentar do CDS-PP. O conjunto da argumentação é o da defesa dos princípios científicos no reconhecimento legal das MAC. Sem validação da eficácia terapêutica segundo «critérios científicos reconhecidos», aquela bancada parlamentar não aceita legislar. Reconhece que as «práticas terapêuticas das medicinas não convencionais» são em alguns casos reconhecidas como eficazes e mais baratas e refere o caso da osteopatia na Grã-Bretanha, integrada no sistema nacional de saúde, ma só depois de «um enorme esforço de estudo e análise da eficácia terapêutica».

O Partido Ecologista Os Verdes intervém no final da discussão, como é usual devido à sua pequena dimensão no conjunto da Assembleia da República. No essencial, a intervenção remete para a anterioridade das iniciativas deste partido relativamente ao Bloco de Esquerda na defesa destas medicinas, citando o programa eleitoral de Os Verdes e a já referida tentativa de integrar, na revisão constitucional, uma alínea que reconhecesse as medicinas «tradicionais e complementares» como património. A intervenção termina com a afirmação da necessidade de legislar a matéria e a disponibilidade para a discussão na especialidade.

A discussão do projecto de lei terminará com a intervenção do Bloco de Esquerda, que se congratula com o consenso na Assembleia da República sobre a necessidade de legislar. De destacar, no discurso do deputado, a afirmação de que

preferirei continuar a chamar-lhes medicinas, embora admita que há um conjunto de práticas terapêuticas muito diversificadas neste contexto, até por uma questão histórica. O que hoje chamamos de medicinas não convencionais foram as medicinas convencionais quando uma não convencional, a que hoje chamamos ortodoxa ou científica, se veio a afirmar e acabou por predominar.

Resulta da discussão a aprovação na generalidade da iniciativa legislativa do BE, no dia 2 de Junho de 2000, com os votos a favor do BE e do PEV e a abstenção dos restantes grupos parlamentares. Apesar de a bancada parlamentar do PSD se abster, um deputado faz uma declaração de voto, onde pode ler-se: «Assinale-se a duvidosa oportunidade política desta iniciativa legislativa, quando não estão ainda devidamente previstos na lei actos de saúde de maior importância, como é manifestamente o caso do acto médico»¹¹⁹. Acrescenta o argumento da falta de validade científica e, na linha do anteriormente afirmado, declara:

¹¹⁹ DAR, I série, nº 73 de 02-06-2000.

A designação de «medicinas alternativas» confere desde logo um estatuto enganoso. Como já defendi «Há medicina, com as profusas limitações e com os indiscutíveis méritos que vivemos. E há médicos bons, razoáveis e maus, mas não há médicos alternativos. Estes só existirão quando os médicos não assumirem as suas competências ou quando, sem lei, os espertos andarem de bata».¹²⁰

Partindo da descrição do projecto de lei n.º34/VIII e da sua discussão na generalidade, podemos sublinhar alguns aspectos. O primeiro é que o Partido Social Democrata, na oposição, depois de ter falhado a recuperação do acto médico vetado, opta pela abstenção, mas persiste na defesa dos interesses da profissão médica. Mais tarde, em sede de especialidade, a denominação de «medicinas não convencionais» virá a ser substituída pela de «terapêuticas não convencionais», designação próxima da distinção entre «acto médico» e «acto técnico» que o PSD defendera na regulamentação do acto médico e que a Ordem dos Médicos sempre defendera.

Noutro aspecto, como já referido, o processo legislativo vem a retomar aspectos anteriormente definidos, nomeadamente pelo relatório da DGS, propondo uma solução de regulamentação assente numa Comissão e não uma solução legislativa que definisse de modo mais claro na lei as condições de legalização ou de regulamentação, modelo que irá prosseguir no desenrolar do processo legislativo.

Por último, há que frisar a importância, ao nível local ou nacional, das orientações legislativas supra-nacionais, quer da OMS, quer da União Europeia, presentes em toda a fundamentação argumentativa.

O projecto de lei segue para a Comissão de Saúde e Toxicodependência, onde o Bloco de Esquerda não detinha representação à época, e será elaborado um texto de substituição que nunca será discutido nesta legislatura na Assembleia da República.

No final do mês, a 29 de Junho de 2000, vai a discussão plenária a petição que tinha dado entrada na Assembleia da República cerca de nove meses antes, a 20 de Setembro de 1999, durante a contestação ao diploma do acto médico, entretanto vetado¹²¹. A petição, apresentada em nome da Fenaman, tinha 6319 subscritores.

Esta petição visava impedir a entrada em vigor do decreto-lei do acto médico, e fora entregue antes do veto pelo Presidente da República. No seu conteúdo, afirmava que as medicinas tradicionais tinham uma implantação institucional no país desde há mais de 30 anos e que o estatuto de semi-clandestinidade lesava os profissionais e os cidadãos, por

¹²⁰ DAR, I série, n.º 73 de 02-06-2000.

¹²¹ Petição n.º 1/VIII/1 de 20-09-1999.

parte de quem se verificava haver crescente procura e aceitação destas medicinas. Atacava-se a profissão médica, ou a Ordem dos Médicos, devido à existência de um «monopólio absoluto da medicina alopática» que punha em causa princípios e direitos fundamentais, como a liberdade de opção dos cidadãos nos cuidados de saúde, a liberdade de estabelecimento e de exercício profissional, a não discriminação e a igualdade de oportunidades, bem como a liberdade de aprender e ensinar. Para além destas questões, de matéria constitucional, a petição fundamentava-se na legislação europeia sobre medicamentos homeopáticos e no Relatório Lannoye.

Os subscritores da petição reivindicavam «o pleno reconhecimento oficial das medicinas tradicionais» em termos profissionais, fiscais e de segurança social; o reconhecimento dos cursos de ensino médio e superior e a supressão da autoridade da Ordem dos Médicos nesta matéria; a comparticipação dos medicamentos naturais; a «elaboração e aprovação de uma moratória, com efeitos imediatos, abrangendo todos os procedimentos criminais e administrativos lesivos dos legítimos direitos e interesses dos profissionais em apreço».

Do texto da petição, há que notar que se procurava institucionalizar numa norma formal estas medicinas, embora elas tivessem já adquirido um elevado grau de institucionalização social. Como referido em capítulo anterior, para além da tolerância pelo sistema judicial destas práticas profissionais, desde 1994 que estes profissionais estavam incluídos na Classificação Geral das Profissões e podiam inscrever-se nas Finanças para efeitos de colecta fiscal. Porém, essa institucionalização não estava plenamente adquirida na norma legal, o que circunscrevia o acesso pleno aos mercados legítimos: assim, o texto remete para a existência de impedimentos por parte da Ordem dos Médicos relativamente ao reconhecimento dos cursos, ou seja, denunciava o monopólio da Ordem dos Médicos relativamente ao mercado de formação, condição para o controlo da certificação e, assim, para a disputa da hegemonia no mercado da saúde. Além disso, esse défice de institucionalização legal ameaçava o nível de institucionalização já obtido, como o próprio teor do diploma do acto médico punha em evidência; por isso, a petição denunciava a existência dos processos judiciais impostos pela Ordem dos Médicos.

Na discussão plenária da petição, remete-se para a discussão plenária do projecto de lei n.º 34/VIII. De assinalar, somente, que a Assembleia da República ignora as acusações de perseguição criminal e administrativa por parte da Ordem dos Médicos. Um deputado do

CDS-PP refere-se à moratória pedida como algo que «não tem o mínimo sentido»¹²² devido à separação de poderes, legislativo e judicial.

Cerca de quatro meses depois, a 25 de Outubro de 2000, dá entrada na Assembleia da República a iniciativa legislativa do Partido Socialista, «Projecto de Lei de Enquadramento de Base das Medicinas Não Convencionais»¹²³. Na exposição de motivos do projecto de lei encontramos os fundamentos das directivas supra-nacionais a que já nos referimos, bem como a crescente procura destas medicinas e a existência de legislação nos países europeus, o que serve mesmo para estabelecer a legislação sobre esta matéria como um sinal de modernidade para o país. Por outro lado, referem-se os casos de integração das medicinas não convencionais nos sistemas nacionais de saúde, sem que se defenda a comparticipação no caso português, mas reafirmando a noção de complementaridade entre medicinas.

O projecto de lei procura, com base na legislação internacional existente, determinar quais seriam as medicinas não convencionais mais consensualmente aceites e, assim, define cinco medicinas: acupunctura, homeopatia, osteopatia, quiropraxia e fitoterapia. No articulado do projecto de lei, faz-se uma definição das medicinas não convencionais - «as que aplicam terapêuticas próprias, a partir de um processo de diagnóstico específico e que possuam uma base filosófica diferente da medicina convencional.» A medicina tradicional chinesa não consta do articulado mas surge na exposição de motivos com o seguinte texto:

A milenar medicina tradicional chinesa é um dos exemplos mais marcantes que, além da acupunctura, já razoavelmente popularizada, trouxe até ao mundo ocidental um vasto e profundo conhecimento sobre a utilização de plantas com aplicação terapêuticas.

Refere-se ainda a acupunctura, como prática legítima por ser reconhecida em França pela Academia de Medicina desde 1950 e por ser utilizada em vários países europeus «em complementaridade com a medicina convencional», e acrescenta-se «A Organização Mundial de Saúde reconheceu, já em 1979, que a acupunctura pode ter resultados positivos em 40 patologias».

Tal como o projecto de lei do Bloco de Esquerda, este projecto de lei constitui uma proposta de criação de uma Comissão para a regulamentação. Propõe uma Comissão Técnica na dependência do Ministério da Saúde para a «credenciação, formação e certificação dos profissionais das medicinas não convencionais». A composição desta

¹²² DAR, I série, n°84 de 30-06-2000.

¹²³ DAR, II série, n°11 de 28-10-2000.

Comissão difere da anterior iniciativa legislativa no aspecto em que propõe mais elementos do Ministério da Saúde e menos elementos das MAC: serão três representantes daquele Ministério e apenas um representante por cada uma das medicinas a regulamentar.

Relativamente ao direito de estes profissionais se estabelecerem, este será assegurado pela credenciação tal como definida na Comissão Técnica e reger-se-á pelas regras do licenciamento de unidades privadas de saúde, como estabelecido em legislação em vigor¹²⁴. No entanto, visto que o projecto de lei não inclui a norma revogatória que o anterior projecto de lei estabelecia, a Lei de 1942 não seria revogada. A iniciativa legislativa do PS acrescenta ainda a regulação da publicidade¹²⁵, que não constava do projecto de lei do Bloco de Esquerda. Esta é uma legislação geral sobre a publicidade, o que introduz uma vantagem de mercado a favor dos profissionais das MAC relativamente aos médicos, cujo código deontológico, desde o seu início, proíbe a publicidade.

O projecto de lei será objecto de relatório da Comissão de Saúde e Toxicoddependência, com data de 25 de Janeiro de 2001. Este relatório nada acrescenta ao anteriormente estabelecido e dá parecer no sentido de que o projecto siga para discussão plenária. Mas desta Comissão, irá sair um relatório da votação na especialidade do projecto de lei do Bloco de Esquerda e um texto de substituição. Neste texto de substituição realiza-se como que uma amálgama das iniciativas legislativas do Bloco de Esquerda e do Partido Socialista. Aí constam artigos iguais ou semelhantes aos do projecto de lei do PS, nomeadamente na definição de medicinas não convencionais, na composição da Comissão Técnica, na regulação do licenciamento dos consultórios e na regulação da publicidade. Relativamente às iniciativas legislativas, o texto de substituição introduz duas novidades. As sanções que surgiam na iniciativa legislativa do PS são substituídas pelos artigos 150º, 156º e 157º do Código Penal, que regulavam a actividade médica convencional quanto a «Intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos arbitrários» e o «Dever de esclarecimento»¹²⁶ – o que constitui por si só uma equiparação assinalável do estatuto das MAC ao da biomedicina, no plano da definição da responsabilidade jurídica. A outra novidade deste texto é a de restringir as medicinas alternativas a apenas quatro: acupunctura, homeopatia, osteopatia e quiropraxia.

¹²⁴ Decreto-Lei nº13/93 de 15 de Janeiro.

¹²⁵ Decreto-Lei nº 330/90 de 23 de Outubro e alterações a este posteriormente introduzidas.

¹²⁶ Que se relaciona com a mencionada figura jurídica do «Consentimento informado».

Data de 2001 um parecer da Ordem dos Médicos apresentado à Comissão de Saúde¹²⁷, segundo o qual só seriam medicamente válidas a acupunctura, a osteopatia e a quiropraxia. Mas não sob todas as condições. Lê-se no texto do parecer:

Daqui decorre que a Ordem dos Médicos admita que a profissão de acupunctur, osteopata ou quiroprata possa ser ensinada, praticada e regulada como profissão complementar ou auxiliar da Medicina, isto é desde que os tratamentos executados por esses profissionais sejam executados como consequência de um diagnóstico médico.

Entre as principais objecções aos projectos de lei do BE e do PS, contam-se a designação:

Recusamos a designação de Medicinas não convencionais que ambos os projectos pretendem dar a este tipo de práticas. Além disso, apenas existe uma Medicina e qualquer terapêutica dita não convencional desde que seja comprovada a sua eficácia por métodos científicos é de imediato incorporada nos cânones médicos. Tal designação só originará confusões no espírito dos cidadãos mais desprevenidos. Propomos que tais práticas devem ser designadas por Terapêuticas Complementares.

Outras objecções relevantes são as de que «[o] diagnóstico e a prescrição são do domínio exclusivo do médico pelo que não se entende ou aceita a autonomia técnica nestas práticas» e de que «[e]stes profissionais apenas poderão exercer as suas práticas em doentes com indicação médica para tal [...]». Deveriam ser vedadas aos terapeutas «a preparação ou comercialização de produtos ou instrumentos prescritos ou utilizados nas suas práticas» e «a prescrição de medicamentos».

Ou seja, com base no argumento da validação científica, profusamente utilizado no conjunto deste parecer, é atribuído às MAC um estatuto complementar ou mesmo auxiliar, subordinado à biomedicina, e é explícita a intenção de apenas as aceitar sob a supervisão dos profissionais da biomedicina e a intenção de as incorporar no sistema biomédico.

O texto de substituição da Comissão de Saúde, com data de 20 de Dezembro de 2001, é aprovado com os votos a favor do PS e do PEV, os votos contra do PSD e as abstenções do PCP e do CDS-PP¹²⁸. Na sessão plenária desse dia¹²⁹, o Bloco de Esquerda defende que, em conferência de líderes, se estabeleceria que o texto de substituição deveria ser discutido nessa sessão. O PSD opõe-se, evocando uma questão regimental, à qual os grupos parlamentares do PS e do CDS-PP dão apoio. O PCP e o PEV apoiam a posição

¹²⁷ Não temos a data exacta deste parecer pois o mesmo não constava dos Arquivos da Comissão de Saúde da Assembleia da República que foram exaustivamente consultados, mas foi publicado na Revista *Norte Médico* da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos em Setembro de 2001, nº8: 50-51. Circulava também entre os terapeutas.

¹²⁸ O parecer da Ordem dos Médicos é, portanto, anterior ao texto de substituição e respectiva votação.

¹²⁹ DAR, I série, nº 30 de 21-12-2001.

do BE. O texto de substituição da iniciativa legislativa do Bloco de Esquerda não será discutido.

O maior partido na oposição, o PSD, não ficara satisfeito com o texto de substituição e votara contra. O PS não estaria disposto a deixar cair a sua iniciativa legislativa em favor da iniciativa legislativa de um outro grupo parlamentar, da oposição de esquerda, que entrara no sistema político nessa mesma legislatura.

Por outro lado, o contexto político era desfavorável. Em termos internacionais, vivia-se o rescaldo do 11 de Setembro. Ao nível nacional, vivia-se uma crise política, as eleições autárquicas tinham-se realizado em 16 de Dezembro e o Primeiro-Ministro, António Guterres, tinha apresentado a demissão no dia seguinte. A Assembleia aguardava a decisão presidencial de marcação de eleições antecipadas, o que sucedeu no dia 29, quando o Presidente da República marcou eleições legislativas para 17 de Março seguinte. A 20 de Fevereiro de 2002 finalizava a VIII Legislatura. A 4 de Abril caducavam as iniciativas legislativas nº34/VIII, nº320/VIII, respectivamente do Bloco de Esquerda e do Partido Socialista sobre «medicinas não convencionais», bem como o projecto de lei nº91/VIII do PSD que visava legislar o acto médico.

A IX Legislatura inicia a 5 de Abril de 2002 (XV Governo Constitucional). O Partido Socialista perdera as eleições a favor do Partido Social Democrata em coligação com o CDS-PP, e José Manuel Durão Barroso, líder do PSD, é nomeado Primeiro-Ministro. Na composição da Assembleia da República o PSD ganhou 24 deputados, elegendo 105, o PS perdeu 19 deputados, elegendo 96, o CDS-PP perdeu 1 deputado e detém uma representação parlamentar de 15 deputados, o PCP e Os Verdes, na coligação CDU-PEV, perdem também deputados, passando de 17 para 15 e o BE ganha 1 deputado, passando a uma representação parlamentar de 3 deputados.

O Bloco de Esquerda apresenta uma iniciativa legislativa logo a 21 de Maio de 2002 com o título de «Regime Jurídico das Terapêuticas Não Convencionais», o Projecto-Lei nº 27/IX. Passaram cerca de dois anos e meio desde a primeira iniciativa legislativa nesta matéria. Dez meses depois, a 18 de Março de 2003, o Partido Socialista apresenta uma iniciativa legislativa sob o mesmo título da sua iniciativa legislativa anterior, o Projecto-Lei nº 263/IX. Dois dias depois, a 20 de Março de 2003, mesmo o CDS-PP apresenta um Projecto de Resolução (nº 135/IX), de «Regulamentação da Osteopatia». Nos dez meses que decorreram entre as iniciativas legislativas, o projecto de lei do BE esteve seis meses em apreciação, não em sede de Comissão de Saúde, mas na Comissão de Trabalho e dos

Assuntos Sociais, cujo parecer positivo, no sentido da discussão plenária da iniciativa legislativa, é tornado público a 23 de Janeiro de 2003. Para além das iniciativas legislativas dos grupos parlamentares, um grupo de cidadãos apresenta uma petição a 21 de Março com 85.230 assinaturas, de que é primeiro peticionário Pedro Choy¹³⁰.

A 27 de Março de 2003, os projectos de lei vão a discussão conjunta na Assembleia da República. Mas veja-se, em traços gerais, quais as continuidades relativamente à legislatura anterior e o que mudou nas iniciativas legislativas.

Primeiro, nesta segunda fase do processo legislativo, a regulamentação das MAC passou da Comissão de Saúde para a Comissão de Trabalho e dos Assuntos Sociais, o que reflecte um reequacionamento do problema. Mais concretamente, no relatório e parecer desta comissão¹³¹ sobre o Projecto-Lei n.º 27/IX, da iniciativa do BE, evocam-se os princípios constitucionais do direito de livre escolha de profissão (artigo 47.º da Constituição) e o direito ao trabalho, assim como a incumbência do Estado de assegurar o direito ao trabalho, no dever de promover a «formação cultural, técnica e a valorização profissional dos trabalhadores» (artigo 58.º da Constituição). Desta forma, a transferência de uma comissão para outra traduz uma reinterpretação e reenquadramento à luz dos direitos constitucionais dos MAC, cerca de três anos e meio após o veto presidencial que evocava estes mesmos fundamentos, bem como a centralidade da questão de reconhecimento da formação e da certificação dos profissionais.

Segundo, o Projecto-Lei 27/IX¹³² (BE) retoma o texto de substituição que fora elaborado na legislatura anterior em sede de Comissão de Saúde e relativamente ao qual o PSD votara contra, trazendo agora uma proposta de compromisso ao substituir a definição de «medicina não convencional» pela de «terapias não convencionais», como aquele partido e a Ordem dos Médicos pretendiam. Por outro lado, há um aspecto em que o projecto de lei avança relativamente ao texto de substituição: em vez de procurar regulamentar somente a acupunctura, homeopatia, osteopatia e quiropraxia, acrescenta a estas a fitoterapia, a medicina tradicional chinesa e a naturopatia.

Relativamente à naturopatia, a sua inclusão resulta do longo processo, durante o qual os profissionais da naturopatia pressionaram, junto dos órgãos competentes da Assembleia da República, no sentido do reconhecimento da sua existência e antiguidade em Portugal. A tentativa de incluir a medicina tradicional chinesa e não somente a acupunctura

¹³⁰ Petição n.º 39/IX/1 de 21-03-2003.

¹³¹ DAR, II série, n.º 61 de 25-01-2003.

¹³² DAR, II série, n.º 8 de 25-05-2002.

resultará, de igual modo, da pressão exercida pelos seus profissionais para o seu reconhecimento, na perspectiva de que esta é um sistema médico de que a acupunctura faz parte, com processos de diagnóstico e tratamento específicos que vão além da técnica da acupunctura. No que se refere à fitoterapia, esta faz parte dos tratamentos quer da naturopatia, quer da medicina tradicional chinesa.

Na exposição de motivos, o projecto de lei retoma a fundamentação na legislação europeia e internacional e nas directivas da OMS e da União Europeia, desta feita de modo mais consistente, o que resultará em parte da acumulação de conhecimentos sobre estas medicinas durante o processo legislativo. O projecto de lei persiste na ideia de comparticipação dos tratamentos e medicamentos destas medicinas, mas somente na exposição de motivos, não a incluindo no articulado.

O Projecto-Lei nº 320/IX, apresentado pelo Partido Socialista, retoma a exposição de motivos do anterior projecto de lei deste partido. No seu articulado retoma o texto de substituição da Comissão de Saúde, o qual incluía vários artigos da anterior iniciativa legislativa do PS nesta matéria. Apesar de manter a denominação anterior de «Lei do Enquadramento de Base das Medicinas Não Convencionais», tal como o BE, adopta no articulado a noção de «terapêuticas não convencionais», designação preferida pela bancada do PSD e expressa no parecer da Ordem dos Médicos.

Este projecto de lei difere do texto de substituição somente em dois aspectos significativos: acrescenta a função de «avaliação de equivalências» nas funções da Comissão Técnica e acrescenta a obrigação de os profissionais destas medicinas disporem de um «seguro de responsabilidade civil no âmbito da sua actividade profissional, nos termos a regulamentar». Difere essencialmente do projecto de lei do Bloco de Esquerda quando propõe somente quatro medicinas, as definidas pelo texto de substituição, ou seja, a acupunctura, a homeopatia, a osteopatia e a quiropraxia, deixando cair a fitoterapia que constava igualmente da primeira iniciativa legislativa deste partido. A primeira proposta legislativa do PS, quando incluía a fitoterapia, procurava abrir caminho no sentido da regulação dos medicamentos fitoterápicos. Esta solução terá sido avaliada como impraticável e a regulamentação da fitoterapia é abandonada no segundo projecto de lei.

A questão da avaliação de equivalências da qualificação e certificação denota uma melhor compreensão das questões em aberto neste processo legislativo e, tal como na iniciativa legislativa do BE, resultará do aprofundamento de saberes sobre a matéria a legislar. Desde o acto médico de 1999 que se colocara o problema da existência de

profissionais certificados em escolas do estrangeiro, em conjunto com o do direito comunitário da livre circulação de pessoas. Esta questão tinha sido reivindicada junto da Presidência da República e, mais tarde, junto da Assembleia da República. No entanto, do trabalho de campo realizado, é possível concluir da existência de toda uma geração de terapeutas, anterior à criação de cursos em Portugal – inclusivamente muitos deles criaram as escolas de MAC existentes no país – que detêm diplomas de cursos estrangeiros. Esta fora mesmo, como referido, uma das principais estratégias de qualificação e credenciação realizada pelas primeiras gerações de terapeutas.

É no contexto da percepção de que a osteopatia detinha uma posição privilegiada de reconhecimento nas legislações internacional e europeia que surge o Projecto de Resolução n.º 135/IX¹³³ apresentado pelo CDS-PP, que visava somente a regulamentação da osteopatia, e que dá entrada na Assembleia da República a 20 de Março de 2003.

Todas estas iniciativas legislativas irão a plenário na discussão conjunta de 27 de Março de 2003.

Antes de nos debruçarmos sobre esta sessão plenária, há que referir a Petição n.º 39, que dera entrada a 21 de Março desse ano¹³⁴. Como antes mencionado, a petição tinha como primeiro peticionário, Pedro Choi de Amélia Cordeiro, conhecido por Pedro Choy, profissional da medicina tradicional chinesa e empregador na área, com várias clínicas implantadas no mercado português, e ainda responsável por um dos cursos de medicina tradicional chinesa, sem reconhecimento oficial, disponíveis na área da formação. Os restantes peticionários pertenciam à Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa, dirigida por José Faro e Deolinda Fernandes, sendo outro curso em funcionamento igualmente sem reconhecimento oficial, e ainda surgiam representantes da área da naturopatia (Associação Portuguesa de Naturopatia – APNA, a mais antiga associação dos profissionais da naturologia) e da área da osteopatia. Esta petição é significativa, não apenas como forma de pressão no processo legislativo em curso, como também pelas áreas a que pertencem os peticionários, constituindo mais um momento em que os terapeutas se organizavam para além das divisões internas em defesa dos seus interesses profissionais.

No dia 27 de Março de 2003 temos a sessão plenária de discussão dos projectos de lei na Assembleia da República¹³⁵. Na análise e descrição do que se passou nesta sessão há que considerar o estado das relações de força partidárias nesta data. O PSD governa em

¹³³ DAR, II série, n.º 81 de 27-03-2003.

¹³⁴ DAR, II série - B, n.º 43 de 17-05-2003.

¹³⁵ DAR, I série, n.º 105 de 28-03-2003.

coligação com o CDS-PP, o que tem por efeito reforçar a oposição dos partidos à esquerda. Por outro lado, as intervenções dos deputados do PSD ou do CDS-PP são aplaudidas conjuntamente por ambas as bancadas partidárias.

A discussão plenária começa com a intervenção do Bloco de Esquerda. Na apresentação do projecto de lei, afirma-se a ancestralidade da medicina e é dado como exemplo a medicina tradicional chinesa e a acupunctura. O segundo argumento é o do crescimento da procura das MAC na Europa nos últimos trinta anos, designando aquelas que o BE defende no seu projecto de lei. Prossegue para a questão da complementaridade das medecinas não convencionais e convencionais para afirmar que se esta existe, também existem situações em que são utilizadas de modo alternativo às convencionais; afirma-se que persiste o não reconhecimento de algumas «disciplinas naturoológicas» em alguns países europeus, citando os exemplos de países europeus e ocidentais em que esse reconhecimento existe. Prossegue-se nesta argumentação, fundamentando-se o «progressivo e legítimo reconhecimento das medecinas não convencionais» nas orientações da OMS, que existem desde 1978 e que se fixaram em 2002 num plano a cumprir até 2005, cujas metas são as de

integrar as medecinas tradicionais e alternativas nos sistemas nacionais de saúde; promover a sua segurança, eficácia e qualidade, pela disponibilização de orientações sobre os padrões e regulação de assistência; melhorar a disponibilidade e acessibilidade; e promover o uso terapêuticamente correcto pelos consumidores e fornecedores.

A intervenção prossegue com a fundamentação nas resoluções europeias e no Relatório Lannoye, onde se refere o conjunto de sete medecinas não convencionais que o BE propõe regulamentar.

Nesta linha de argumentação, afirma-se existir igualmente no caso português uma crescente procura destas medecinas, calculada em três milhões de portugueses que «já recorreram às medecinas não convencionais». Fundamentada a realidade através da estatística, reafirma-se a necessidade de não ignorar a existência destas medecinas nem a lacuna legislativa. Assim, passa-se aos argumentos da liberdade de escolha terapêutica, em condições de segurança e informação idónea sobre a qualidade e eficácia destas disciplinas, à necessidade de as integrar no sistema de saúde em harmonia com a Lei de Bases da Saúde, à necessidade de legalizar o estatuto dos profissionais fixando as condições de formação e certificação, e à necessidade de comparticipação pelo SNS dos cuidados de saúde e dos medicamentos nestas áreas. Note-se que a comparticipação não consta do articulado do projecto de lei, portanto, esta é uma finalidade a longo prazo. Afirma-se que

«Deste modo, o presente diploma procura lançar as primeiras bases de uma regulamentação das medicinas não convencionais», e refere que o texto de substituição da Comissão de Saúde fora aprovado na especialidade, após a aprovação na generalidade do projecto de lei do BE, na legislatura anterior.

Com base nesta legitimação, o projecto de lei avança relativamente ao texto de substituição, que previa a regulamentação de somente quatro medicinas não convencionais – acupunctura, homeopatia, osteopatia e quiropraxia. O BE defende o reconhecimento das quatro medicinas não convencionais aprovadas na especialidade e acrescenta a medicina tradicional chinesa, a naturopatia e a fitoterapia, cuja regulamentação seria realizada nos termos do texto de substituição, quer dizer, pela Comissão Técnica sob a tutela do Executivo. São ainda evocados os argumentos da defesa da saúde pública e dos utentes, o direito de opção dos cidadãos e a «promoção de investigação e da autonomia técnica e deontológica» dos profissionais.

A intervenção prossegue com a referência à petição entregue «à Assembleia da República na semana passada», petição «com mais de 82.000 assinaturas, verdadeiramente excepcional, que apela à regulamentação destas terapias», onde se pode ainda ler a necessidade de separar os profissionais competentes dos «charlatães», situação que não sucede no vazio legal. A intervenção finaliza com um ataque à posição defendida anteriormente pelo CDS-PP, quer dizer, contra o argumento da cientificidade como fundamento do reconhecimento legal: «Para que a saúde não seja um privilégio de poucos e uma falta para muitos, para que algumas medicinas não se reclamem como sendo as únicas científicas, negando a sua própria ancestralidade».

Segue-se a intervenção do PS, em representação do projecto de lei desta bancada parlamentar. Em primeiro lugar, reconhece-se a «necessidade incontornável» de regulamentar as medicinas não convencionais. Seguidamente é desenvolvido o discurso no sentido de fazer equivaler o reconhecimento destas medicinas a uma questão das «sociedades actuais» e a «um processo global». São citadas as orientações da OMS, da União Europeia e do Conselho da Europa e o Relatório de 1999 da DGS, como fundamentos para a regulamentação. Prossegue-se com a argumentação no sentido de que saúde e doença são construções culturais e da importância de uma abordagem centrada no indivíduo bem como no seu contexto social, introduz-se uma noção holística da saúde, que é entendida como contributo específico destas medicinas:

A ciência médica dita clássica, fruto da sua crescente especialização, combate a doença entendida como uma ameaça, resolve sinais e sintomas, mas muitas vezes deixa de fora o corpo, a pessoa no seu todo e, portanto, as suas expectativas de bem-estar e equilíbrio.

No trabalho de campo realizado, este discurso aparece de modo sistemático entre os profissionais das MAC. Acrescenta-se, ao ponto de vista desses profissionais, o ponto de vista dos profissionais da biomedicina que interpretam as medicinas não convencionais enquanto complementares, o que é tornado explícito na argumentação que se segue. Há uma procura crescente destas medicinas, um aumento da «descrença num único modelo de cuidados de saúde» e uma evolução das práticas clínicas no sentido da complementaridade onde a cada um dos profissionais corresponde «a definição dos seus limites de actuação, com os seus saberes diferentes, com as suas competências e desempenhos».

Acrescenta-se o argumento a favor destas medicinas quanto aos «efeitos adversos dos fármacos químicos» da biomedicina, da crescente utilização destas medicinas no tratamento das doenças crónicas no contexto do envelhecimento da população, o seu carácter menos invasivo, mais centrado na pessoa e que estas medicinas «complementares» são «por vezes mais económicas». Prossegue-se para a questão de saúde pública, «como todas as áreas marginais, não controladas, podem ter o efeito perverso indesejável de pôr em causa a saúde pública»; por isso,

[h]á definitivamente que criar as condições necessárias para que o acesso se realize em condições dignas, com respeito por opções de saúde diferentes, mas baseadas em padrões de qualidade e rigor onde a credence e a ignorância, que muitas vezes estão associadas a estas práticas, sejam definitivamente afastadas

de modo a eliminar o risco para a saúde pública.

Outra questão relacionada com o risco é «a segurança e a qualidade dos cuidados prestados e dos produtos utilizados», que depende da «formação credenciada destes profissionais», práticas que devem ter base em «evidência comprovada, com recurso a investigação dirigida e credível, que amplie o conhecimento e prove a eficácia destas terapêuticas.» Ao que se acrescenta a obrigação do Estado de regulação e fiscalização, bem como a regulação da informação aos consumidores. Afirma-se que, relativamente aos profissionais, «a formação e a certificação dos profissionais é de importância determinante», bem como uma definição de competências: «[s]ó a responsabilidade, competência e definição dos limites de intervenção proporcionará um respeito mútuo na complementaridade de cuidados». É ainda citado o plano para as medicinas tradicionais de 2002-2005 da OMS, já citado pelo Bloco de Esquerda. Termina-se a intervenção afirmando-se a «necessidade de reconhecer e regulamentar de forma faseada».

Nesta discussão plenária, segue-se um pedido de esclarecimento por parte do BE. Afirmam-se as dúvidas da bancada parlamentar quanto aos «motivos pelos quais o projecto do PS exclui dos seus intuitos de regulamentação a medicina tradicional chinesa, a naturopatia e a fitoterapia.» Prossegue-se na argumentação opondo a medicina tradicional chinesa à técnica isolada da acupunctura:

[A] acupunctura e a fitoterapia são parte integrante da medicina tradicional chinesa, que é uma entidade indissociável – qualquer especialista lhe dirá que a acupunctura isolada e desgarrada deste contexto da medicina tradicional chinesa não tem qualquer sentido e é um risco e um erro do ponto de vista técnico e científico.

O discurso prossegue na posição de que a acupunctura e a fitoterapia são técnicas de um sistema médico, a medicina tradicional chinesa, e a fitoterapia é essencial na prática da naturopatia.

Este ponto de vista corresponde integralmente ao discurso dos profissionais da medicina tradicional chinesa. E embora o debate parlamentar prossiga, há que notar que no processo legislativo que se segue a medicina tradicional chinesa vai desaparecer da regulamentação. A própria petição indiciava que haveria a percepção, pelos terapeutas, de interesses conflituantes relativamente a esta matéria. Sucede que a biomedicina pode apropriar-se da técnica da acupunctura no enquadramento biomédico, mas que nesse caso os terapeutas da medicina tradicional chinesa são concorrentes no mercado de saúde. Neste aspecto, o projecto de lei do Partido Socialista acaba por representar os profissionais de uma e outra área mas de modo desigual, já que faz o compromisso de reduzir estas medicinas a técnicas apropriáveis pela biomedicina, ao recusar a regulamentação da medicina tradicional chinesa e ao defender a perspectiva complementar. Do ponto de vista dos profissionais da biomedicina, não há interesse em regulamentar (o que implica legitimar) sistemas médicos alternativos, como possam ser a medicina tradicional chinesa e mesmo a naturopatia, nem medicamentos fitoterápicos que substituam a farmacologia biomédica.

Relembremos a posição da Ordem dos Médicos, pela pena do seu Bastonário, cerca de três anos antes desta discussão plenária (realizada em Março de 2003): reconhecia a validade científica da técnica da acupunctura, de algumas técnicas da osteopatia e da quiropraxia, mas que o exercício profissional destas deveria ser tutelado pelo diagnóstico de médicos credenciados, e estes profissionais integrados «como profissão complementar ou auxiliar da medicina»¹³⁶. E o primeiro presidente da Sociedade Portuguesa Médica de

¹³⁶ *Euronotícias*, «Acto médico», artigo de opinião de Germano de Sousa, 04-02-2000, p. 21

Acupunctura, Dr. Jorge Fortes, na primeira reunião desta associação, em Agosto de 2001, defendia «o exercício da acupunctura com regras, no mínimo por pessoas com licenciatura em medicina» e ainda, segundo a agência Lusa, defendia que a acupunctura «é um acto terapêutico e, como tal, só pode ser exercido por pessoas licenciadas em medicina»¹³⁷.

A resposta do PS ao pedido de esclarecimento do BE é evasiva. Se afirma concordar com as ideias de que a acupunctura e a fitoterapia são elementos indissociáveis da medicina tradicional chinesa, e a fitoterapia o é da naturopatia, por outro lado, defende a restrição da regulamentação com base nos argumentos de que existe um vazio legal até ao momento e que a regulamentação deve crescer de modo progressivo, consistente e «prudente», «ficando à responsabilidade do Governo a continuação do processo».

O debate parlamentar prossegue com palavra ao CDS-PP. Esta é uma longa intervenção, fundamentalmente contra as propostas em discussão com base numa argumentação reiterada, de diversas formas, mas que se pode resumir à noção essencial de que só será prudente regular práticas terapêuticas cientificamente comprovadas, que «a metodologia científica deve ser sempre o método de validação» e que

no que respeita à legalização das medicinas não convencionais, o CDS-PP entende que esta só deve ser efectuada após prova de eficácia, através de métodos científicos, quer de actos diagnósticos, quer de actos terapêuticos, bem como a eficácia e segurança dos produtos usados

em defesa dos interesses dos cidadãos e da saúde pública. Neste quadro, esta bancada parlamentar só reconhece a eficácia da osteopatia, tomando como ponto de vista a biomedicina:

[A] ciência médica aceita como boas algumas terapêuticas que são praticadas por não-médicos, como é o caso das técnicas de manipulação que os osteopatas executam, forma já diversas vezes comprovada por métodos científicos no tratamento da dor ou de doenças e sintomas específicos músculo-esqueléticos. No entanto, situação distinta prende-se com o diagnóstico. Este método não deverá ser aplicado sem um diagnóstico prévio, correctamente efectuado por quem tem competência para o fazer. O CDS-PP entende que a osteopatia deve ser ensinada, praticada e regulada como profissão complementar ou auxiliar da medicina, isto é, desde que os tratamentos executados por esses profissionais sejam executados como consequência de um diagnóstico médico.

Portanto, o CDS-PP representa a posição dos médicos de modo bastante explícito.

Esta intervenção será alvo de um ataque cerrado das bancadas parlamentares do BE e do PCP, a que se seguem as respostas do CDS-PP. No entanto, estas são sobretudo

¹³⁷ *Público*, «Sociedade Médica de Acupunctura quer regras para a actividade», 20-08-2001 (online).

significativas da relação de forças no parlamento e pouco relevantes na discussão plenária das MAC.

A posição do PSD afirma a procura crescente das «terapêuticas não convencionais» e a sua regulamentação na Europa. Refere-se ao caso português, em que desde os anos setenta se verifica um crescimento dos praticantes destas «terapêuticas». Ataca o governo anterior do PS dizendo que o PSD, «maior partido português», agora com «responsabilidades governativas», não se demite do debate desta questão. Passa para o argumento da necessidade de «separar o trigo do joio» para a protecção do cidadão relativamente a pessoas não qualificadas e para «acabar com os charlatães». Mais uma vez é referido o já muito citado relatório de 1999 da DGS, onde se reconheciam a homeopatia, a acupunctura, a osteopatia, a quiropraxia, a fitoterapia e a naturopatia. Sempre denominando estas práticas como «terapêuticas» e não como «medicinas», afirma a necessidade de se reconhecer as instituições de formação, nacionais e estrangeiras, que formam estes «técnicos», ou seja, os profissionais das «terapêuticas não convencionais», de modo a regulamentar e disciplinar o seu exercício e enquadrar e punir os que não respeitem a regulamentação. Prossegue a sua intervenção referindo a Lei de Bases da Saúde e termina afirmando o desacordo com os articulados dos projectos de lei em discussão, mas também a disponibilidade do PSD para discutir a matéria na especialidade.

A sessão parlamentar prossegue com a intervenção do BE, que congratula a Assembleia da República por ter alcançado algum consenso nesta legislatura e faz algumas afirmações em oposição ao CDS-PP. Segue-se a intervenção de Os Verdes. No essencial, defende-se a legalização, a necessidade de separar os que estão habilitados para o exercício das MAC «dos que se aproveitam das necessidades das pessoas». Reconhece-se a necessidade de regulamentar e é preferida a «perspectiva mais abrangente» do BE ao propor sete medicinas não convencionais e não somente quatro como o PS. Afirma-se a importância do direito de escolha dos cidadãos e a necessidade de credenciar e atribuir um estatuto socioprofissional aos que exercem estas medicinas. Por fim, defende-se o livre acesso pelo regime de comparticipações e apela-se a mudanças e melhorias na discussão em sede de especialidade.

A terminar a discussão parlamentar, intervém o PCP. Nos pontos essenciais, o deputado afirma ser «inaceitável a ausência de regulamentação nesta matéria por parte dos vários governos». Afirma ainda que «É evidente que a regulamentação deve ser feita, em primeiro lugar, com a participação dos próprios interessados, dos que praticam e têm competência para praticar estas medicinas não convencionais». Critica a posição do CDS-

PP quando propõe a regulamentação somente da osteopatia, sendo que em sede de especialidade e no texto de substituição elaborado na anterior legislatura tinha havido acordo relativamente a quatro destas medicinas (com a abstenção do CDS-PP).

Terminada a discussão dos projectos de lei, há uma votação que aprova por unanimidade da Assembleia da República a passagem à discussão na especialidade na Comissão de Saúde. Mais tarde, a 13 de Maio de 2003, a discussão na especialidade passa para a Comissão de Trabalho e dos Assuntos Sociais, quando são nomeados os relatores, um de cada partido com representação parlamentar. A 9 de Julho é entregue o relatório com o texto de substituição, que vem a ser votado por unanimidade na generalidade a 15 de Julho de 2003. O texto de substituição baixa à especialidade para redacção final e a 22 de Agosto de 2003 é publicada em Diário da República a Lei 45/2003 – «Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais».

A lei, no artigo 3º, afirma que «são reconhecidas como terapêuticas não convencionais as praticadas pela acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia». A medicina tradicional chinesa foi excluída.

No restante, o texto final retoma elementos do anterior texto de substituição, adoptado pelos dois projectos de lei que foram a discussão plenária, e acrescenta o seguro obrigatório previsto no segundo projecto de lei do Partido Socialista. Não revoga legislação anterior e prevê a criação de uma Comissão Técnica Consultiva, marcando a finalização dos trabalhos desta até ao fim do ano de 2005. No entanto, no momento em que este texto é escrito (Outubro de 2010), esta comissão encontra-se ainda em funções e as MAC não foram ainda regulamentadas.

A primeira conclusão a retirar da análise do processo legislativo é a de que as normas supra-nacionais são um enquadramento de referência; de facto, na escala das sociedades contemporâneas, não podemos compreender um processo de institucionalização local sem o contextualizar em termos globais. Assim denota a argumentação no processo legislativo português, fundamentada na legislação internacional, nas resoluções da União Europeia e nas orientações da Organização Mundial de Saúde. Quando o processo de institucionalização das MAC chega à fase de constituição de normas formais em Portugal, existem já inúmeros processos de institucionalização normativa legal noutros países e em instâncias internacionais numa fase mais avançada do processo.

Neste sentido, há que equacionar o processo de institucionalização das MAC num movimento entre o local e o global. Mas se, em sociedades sujeitas a processos de

modernidade tardia, esta última relação das relações sociais é um eixo de perspectivação privilegiado, a localização no espaço-tempo do caso português em comparação com outros casos com desenvolvimentos temporais díspares, como nos casos dos Estados Unidos e de Inglaterra, bem como na comparação com outros casos de instituição legal, fundamentam uma visão do caso português como detendo especificidades no processo de institucionalização em estudo.

O próprio modo como a questão emerge, na tentativa da profissão médica e da sua organização representativa de monopolizar o mercado da saúde e de pôr termo à concorrência externa, evoca um renascimento da luta profissional entre médicos e «charlatães» que, pelo menos nos países anglo-saxónicos, teve o seu auge entre finais do século XIX a meados do século XX (Bivins 2007; Saks 1992a; Gevitz 1988). Na sua forma original, esta luta Portugal fora provisoriamente decidida a favor da monopolização pelos médicos durante o Estado Novo, mas fora depois parcialmente reaberta ao longo dos anos setenta e oitenta pelas estratégias de representação e de profissionalização dos profissionais das MAC, parcialmente bem sucedidas no que toca às condições formais de exercício profissional e ao seu reconhecimento em sede judicial, embora não no plano da formação. Esse renascimento do problema dá-se num contexto em que a ambivalência do *statu quo* alcançado ameaça pender mais para o lado dos profissionais das MAC, quer pela expansão do próprio mercado desde os anos oitenta, quer pela pressão externa e interna sobre o poder político para reconhecer formalmente as MAC e regulamentar a sua participação nos serviços de saúde.

Se focarmos a nossa atenção sobre o processo legislativo português a nível local, há que retirar algumas conclusões.

Em primeiro lugar, tal como o processo legislativo se desenrola, parece ser um factor determinante o modelo de uma comissão de regulamentação, emanado do Executivo anterior ao desenvolvimento do processo legislativo. Assim, a legislação não estabelece as normas de regulamentação, antes nomeia uma comissão técnica para regulamentar, devolvendo ao Executivo a delegação dessa mesma tarefa.

Em segundo lugar, a luta profissional entre médicos e os seus concorrentes entretetece-se com a luta política, emergindo uma complexa e mutável configuração de interesses profissionais e políticos durante processo legislativo e de que resulta a norma formal tal como fixada na lei.

Entre os médicos, de uma fase inicial do processo em que recusam totalmente as MAC, passamos a uma fase em que o crescimento deste mercado da saúde se vai tornar significativo do ponto de vista concorrencial, o que vai conduzir a tentativas de exclusão dos profissionais das MAC do mercado da saúde. Mas o crescimento deste mercado influi nas estratégias desenvolvidas onde está igualmente contida a tentativa de monopolizar o mercado das MAC, através dos profissionais médicos praticantes de MAC, um segundo interesse concorrencial que determinará a passagem da tentativa de exclusão dos profissionais das MAC para a tentativa de apropriação do mercado através de normas que subordinem esses profissionais à autoridade médica.

Assim, desde 2001, depois de perdida a tentativa de legislar o acto médico na Assembleia da República, os médicos mudaram de estratégia. É nesta data que é criada a Sociedade Portuguesa de Acupunctura Médica (SPMA), a partir da qual se irão desenvolver formações médicas em acupunctura reconhecidas pelo Estado e, no ano seguinte, a Competência médica em acupunctura na Ordem dos Médicos. Ou seja, há uma estratégia clara de apropriação desta técnica no quadro da biomedicina, que ao mesmo tempo consagra e reforça a posição dos médicos praticantes da acupunctura no interior da profissão médica.

Entre os profissionais das MAC, o crescimento do mercado das suas actividades é correlativo com a fragmentação que decorre de uma crescente especialização, o que levará à perda da coesão inicial que se verificava na fase em que predominavam os pioneiros. Com a explosão da procura, multiplicam-se as especialidades mas também se multiplicam oportunidades num mercado de formação, também em crescimento. Passamos de uma fase inicial em que os pioneiros se implantaram no mercado para o surgimento de uma segunda vaga de competidores, em contexto de especialização, que vêm desafiar as posições dos já implantados, como é o caso de Pedro Choy relativamente aos pioneiros da especialidade de medicina tradicional chinesa. Mas teremos também de contar com os mais jovens, formados pelas escolas criadas entretanto, que também procuram o seu lugar neste mercado. As divisões no seio das MAC são suplantadas conjuntamente nas estratégias defensivas face às tentativas de exclusão ou de apropriação por parte dos profissionais médicos, ou nas estratégias ofensivas para o reconhecimento pelo Estado das suas profissões e dos cursos que promovem no mercado da formação. Mas prenunciam-se as linhas de divisão e concorrência, fracturas que se materializarão durante o processo de regulamentação que se segue.

Entre os partidos políticos com assento parlamentar, a esquerda, principalmente o Bloco de Esquerda, vem representar parte dos interesses dos profissionais das MAC. Defende também um modelo de integração destas no Sistema Nacional de Saúde, o que não passará para a lei. É o único partido que se posiciona explicitamente contra a legitimidade do argumento de cientificidade, a partir do qual os médicos afirmam que só existiria «medicina científica». O Partido Socialista tem uma posição intermédia, representa ambos os grupos mas defende sempre a perspectiva de complementaridade que, dada a correlação de forças à partida, abre espaço a estratégias de apropriação pela biomedicina. Quanto ao Partido Social Democrata, alia-se explicitamente aos médicos na sua luta pela monopolização do mercado, num primeiro momento. Perdida a oportunidade política de o concretizar na Assembleia da República após o veto presidencial do decreto-lei do acto médico, adopta uma posição em que aceita regulamentar as MAC desde que a estas seja atribuído um estatuto de subordinação à profissão médica, o que vai ao encontro da posição da Ordem dos Médicos e dos interesses dos médicos. O mesmo se pode afirmar relativamente ao partido mais à direita, o CDS-PP.

Podemos dizer que os médicos ganham o processo legislativo, mesmo se as «terapêuticas não convencionais» são legisladas. Em vez de obterem a regulamentação do acto médico, obtêm a regulamentação das MAC enquanto actos não médicos mas sim técnicos ou, eufemisticamente, terapêuticos. Se perderam a tentativa de monopolização total do mercado da saúde, ganharam em possibilidades de apropriação de técnicas terapêuticas nesse mesmo mercado. Se a definição de «terapêuticas não convencionais» plasmada na lei é a de «sistemas filosóficos próprios», na prática, são aprovadas terapêuticas que constituem técnicas apropriáveis pela biomedicina, e é excluída uma das medicinas que podem efectivamente funcionar em regime de medicina alternativa, a medicina tradicional chinesa, que elimina do mercado legítimo da saúde um sistema médico concorrencial de enquadramento da acupunctura.

Por outro lado, como ficou dito, temos evidência de que parte dos médicos convencionais estava em apropriação da técnica da acupunctura muito antes de se despoletar o processo legislativo a partir do acto médico de 1999. Neste esquema, a apropriação da técnica e a sua inclusão num sistema biomédico científico é fundamental. E, neste processo, a standardização da acupunctura pode contribuir fortemente para o processo de transmissão, de apropriação e de integração de sistemas médicos. Sucede que esta standardização está em processo na própria China, onde a medicina tradicional chinesa e a medicina convencional ou ocidental tendem a uma maior integração. No

sistema global, este processo tem sido exportado, quer pelos praticantes da medicina tradicional chinesa locais com contactos com a China, quer através de instâncias como a OMS.

4.2.6. A Regulamentação da Lei

A «Lei de Enquadramento das Terapêuticas Não Convencionais» determinava a criação de uma Comissão Técnica Consultiva, na tutela dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e do Ensino Superior, «com o objectivo de estudar e propor os parâmetros gerais de regulamentação das terapêuticas não convencionais»¹³⁸. Segundo a definição na Lei, a Comissão podia reunir em Secções Especializadas para cada uma das terapêuticas, com competência de definição dos «parâmetros específicos de credenciação, formação e certificação dos respectivos profissionais e avaliação de equivalências». As funções desta comissão seriam as de implementar «o processo de credenciação, formação e certificação dos profissionais das terapêuticas não convencionais». Os trabalhos da Comissão deveriam estar concluídos até ao final do ano de 2005, quando a Comissão cessaria funções. A Lei determinava ainda que o diploma deveria ser regulamentado pelo Executivo no prazo de 180 dias após a sua entrada em vigor, o que não sucedeu.

A presente investigação teve início em Janeiro de 2006, quando era já suposto esta Comissão ter concluído os seus trabalhos. No início da pesquisa, foi contactada a Comissão Técnica Consultiva para as Terapêuticas Não Convencionais (CTCTNC, ou CTC, como virá a ser designada), para a realização de uma entrevista. Mas a entrevista nunca foi concedida. No mesmo sentido, foi contactada a Direcção-Geral de Saúde, sob cuja tutela a CTC funciona, mas foi-nos dito que os trabalhos da Comissão não eram públicos. Assim, quando entrevistámos o Representante da Acupunctura, este também se recusou a falar em termos específicos dos trabalhos da Comissão, por «Dever de Reserva». Uma médica que integrava o grupo de peritos fez algumas declarações, mas somente sobre a sua posição pessoal relativamente ao processo de regulamentação, e numa altura em que já não fazia parte da Comissão. Ao longo dos últimos sete anos, em que a Comissão esteve em funções, todo o processo de regulamentação esteve como que em segredo de Estado.

A excepção a esta regra em termos de documentação, para além das informações obtidas no trabalho de campo, foi a publicação da Proposta de Regulamentação colocada no site da Direcção-Geral de Saúde a 1 de Abril de 2008, sob o título de «Caracterização e

¹³⁸ Lei n.º 45/2003 de 22 de Agosto, Art. 8.º e Art.9.º.

Perfil Profissional». A proposta incidia sobre todos os itens em regulamentação – ou seja, sobre caracterização, perfil do profissional, formação, código deontológico, código de prática segura, aspectos fiscais, seguros, licenciamento e certificação profissional –, mas a discussão pública estava definida para incidir somente sobre os aspectos da Caracterização e Perfil Profissional. Na sequência desta publicação, eclodiram conflitos entre os terapeutas, sendo o mais público, visível e significativo para a presente investigação o ocorrido entre os terapeutas que praticam acupunctura.

No texto da Lei (artº 9º), estipulava-se que a composição da Comissão deveria integrar «representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e do Ensino Superior e de cada uma das terapêuticas não convencionais», sem referir qual a composição exacta quanto ao número de representantes de cada uma das «terapêuticas não convencionais», nem quanto ao número de peritos; no que se refere a estes últimos, o texto da lei referia-se à sua nomeação em termos eventuais, que deveriam ser nomeados «caso necessário». A Lei estabelecia que o funcionamento da Comissão devia prever Secções Especializadas para cada uma das terapêuticas não convencionais. Não constam mais especificações na Lei, onde se lê que «[c]ompete ao Governo regulamentar as competências, o funcionamento e a composição da Comissão e respectivas Secções Especializadas».

No parecer que a Ordem dos Médicos enviou à Comissão de Saúde da Assembleia da República, em 2001, mencionado na descrição do processo legislativo, a composição da Comissão Técnica indicada era, para além de 3 representantes do Ministério da Saúde e 2 representantes do Ministério da Educação, 2 representantes da Ordem dos Médicos e 1 representante por cada uma das «terapêuticas complementares» (relembre-se que a Ordem só reconhecia como tais a acupunctura, a osteopatia e a quiropraxia), com a especificação de que estes deveriam deter cursos reconhecidos nos países da UE. Nestas condições, os representantes das MAC estariam em clara minoria.

A presente Comissão Técnica Consultiva será oficialmente constituída por despacho de 15 de Abril de 2004¹³⁹. Este despacho constitui a única regulamentação da Lei que foi realizada. Estabelecia a composição da CTC, assim como a sua estrutura de funcionamento. A composição da comissão era fixada em 1 representante de cada um dos três Ministérios, 1 representante de cada uma das seis «terapêuticas não convencionais» reconhecidas na Lei – acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia,

¹³⁹ Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde nº 327/2004, Diário da República, II série, nº125 de 28-5-2004.

quiropaxia – e 7 peritos de reconhecido mérito da área da saúde. As Secções Especializadas de cada uma das MAC funcionariam com 1 representante dessas medicinas, os representantes dos Ministérios e 2 dos peritos, do que decorre que os terapeutas estariam em clara minoria, não somente na composição geral da Comissão, como nas Secções Especializadas. Por despacho de 3 de Março de 2005¹⁴⁰, quase um ano depois, eram feitas oficialmente as nomeações, após a coordenação do processo de escolha dos representantes dos terapeutas e dos peritos pela Direcção-Geral de Saúde.

Entre os 7 peritos, 5 eram médicos, dois dos quais dirigentes da Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura (SPMA), que fizeram também parte do Colégio de Competência em Acupunctura da Ordem dos Médicos em momentos diferentes, ao longo destes sete anos de funcionamento da Comissão. Por outro lado, segundo um dos terapeutas entrevistados, a homeopatia e a acupunctura foram as áreas em que os nomes dos representantes não surgiram consensualmente entre as associações de terapeutas. Como representante dos terapeutas da área da Acupunctura era nomeado José Manuel Faro, dirigente da mais antiga das associações de profissionais ainda em funcionamento entre os terapeutas, a Associação Profissional de Acupunctura e de Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC) e director da escola de MTC há mais tempo implantada em Portugal, a Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC).

Três meses depois da publicação oficial da composição da Comissão e depois de realizadas apenas três reuniões, em 21 de Junho de 2005, os representantes dos terapeutas entregavam um requerimento dirigido aos Ministros que tutelavam a CTC. Protestavam contra o facto de estarem em minoria, uma vez que a Comissão era composta por «um grupo de seis profissionais das terapêuticas não convencionais; um grupo de dez membros de outras profissões, incluindo sete membros das classes médica e farmacêutica». Evocavam o texto da Lei em que era reconhecida autonomia técnica e deontológica ao exercício das suas profissões e apontavam a discrepância entre esse princípio e

o equilíbrio de forças no interior da comissão consultiva, tanto mais que vários peritos, excedendo a simples emissão de pareceres que normalmente esgota a sua função, insistem na intenção de dispor de direito de voto, a par com os representantes dos ministérios e das áreas profissionais abrangidas.¹⁴¹

Mas, na Comissão, não havia somente um problema relativamente à composição da mesma, que estes representantes diziam não encontrar paralelo em outras situações de

¹⁴⁰ Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde nº 261/2005, Diário da República, II série, nº55 de 18-3-2005.

¹⁴¹ <http://www.cidadãospelaúde.org/requerimento.php> (acesso em Maio de 2006).

regulamentação das suas profissões em países onde se regulara o exercício da profissão. No texto do requerimento pode ler-se ainda que os peritos de reconhecido mérito na área da saúde evidenciam um quase completo desconhecimento das matérias em causa, das condições de exercício da profissão e das formações nestas áreas, que «parte deles insiste em abordar os representantes das terapêuticas não convencionais a partir de estereótipos e preconceitos», o que dificultava o diálogo e criava um ambiente de tensão na Comissão.

As acusações dos profissionais das MAC relativamente aos profissionais da biomedicina iam mais longe:

alguns dos peritos revelam a maior dificuldade em distanciar-se dos pontos de vista, critérios e interesses específicos das classes profissionais a que de facto pertencem; alguns manifestaram, logo a partir do início da primeira reunião, uma postura clara de objecção em relação ao cumprimento da Lei 45/2003, bem como tentativas de a desvirtuar através de interpretações de carácter falacioso, suscitadas por rígidas convicções a priori com selo corporativo inconfundível.

Neste requerimento, os representantes dos terapeutas afirmam que tinham proposto na segunda reunião da Comissão um regulamento interno segundo o qual os peritos não teriam direito de voto, mas sim o de dar parecer. No entanto, a proposta «chocou com a sustentada determinação de alguns peritos em adquirirem direito de voto». Declaravam que a Comissão estava num impasse e requeriam a nomeação de mais sete peritos, um por cada uma das áreas em regulamentação e de um jurista, propostos pelos representantes e com direito de voto, com excepção do jurista.

Claramente, o conflito entre os profissionais das MAC e os da biomedicina eclodia no seio da Comissão Técnica Consultiva. Quatro anos depois, em Setembro de 2009, há um novo despacho com novas nomeações dos peritos. Mantêm-se em funções apenas uma das médicas, Helena Pinto Ferreira, dirigente da SPMA e membro do Colégio da Competência em Acupunctura da Ordem dos Médicos, e que sempre foi designada em representação da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed); bem como um perito da Direcção-Geral de Saúde. Os restantes são substituídos por 4 médicos e uma enfermeira.¹⁴² No período entre este conflito e a nova nomeação de peritos de 2009, não temos documentação oficial dos termos em que funcionou a CTC, mas a partir do trabalho de campo foi possível saber que depois do conflito documentado pelo requerimento de 2005, sem conseguirmos precisar datas por falta de documentação, a

¹⁴² Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde nº 19229/2009, Diário da República, II série, nº209 de 28-10- 2009.

Comissão funcionara somente com os representantes das MAC e com o Presidente, sem os sete peritos nem os representantes dos Ministérios.

Entre a informação a que tivemos acesso no trabalho de campo, é pertinente referir a entrevista¹⁴³ realizada a Helena Pinto Ferreira, uma das peritas nomeadas, em que esta médica se mostrava preocupada com a proliferação de terapeutas no mercado da saúde e com a crescente procura das escolas dos terapeutas que, contrariamente às pós-graduações promovidas pela SPMA, não exigiam credenciação médica. Afirma que os peritos tinham abandonado a Comissão na sequência do requerimento de 2005 apresentado pelos terapeutas no sentido de lhes retirar o direito de voto. Segundo disse, «Não houve mais nenhuma nomeação, nunca mais houve convocatórias para reuniões, dos peritos, nem nada...», o que considerou uma tentativa bem sucedida para que as reivindicações dos terapeutas fossem aceites, afirmando que estes «pretendem substituir-se aos médicos», e que a regulamentação seria muito complicada porque

a lei pressupõe autonomia técnica e deontológica e, no entanto, considera como terapêuticas... ou seja, um indivíduo para ter autonomia técnica ou deontológica, das duas, uma, ou tem supervisão médica ou tem preparação médica. Ou então tem uma limitação enorme de competências. Como os representantes daquelas terapêuticas não admitem nem supervisão médica nem limitação de competências, não faço ideia de como vão resolver isto...

Este discurso consubstancia as afirmações dos terapeutas no requerimento de 2005, de que os peritos não aceitavam os termos da própria Lei a regulamentar, visto que não eram dados como adquiridos os termos da Lei promulgada, segundo os quais os terapeutas teriam autonomia técnica e deontológica sem estarem sujeitos à supervisão dos médicos.

No período de 2005 a 2009, como referimos, a Comissão Técnica Consultiva apenas tornou pública uma Proposta de Regulamentação, para discussão pública da «Caracterização e Perfil Profissional», em 1 de Abril de 2008, com base num despacho do Ministro da Saúde de 23 de Dezembro de 2007. As sugestões às propostas deveriam ser enviadas para um e-mail criado pela Direcção-Geral de Saúde para o efeito; estas sugestões nunca foram divulgadas pela Comissão nem pela DGS. Mas o prazo de discussão das propostas, de 30 dias, foi alargado por mais 60 dias pelas «razões apresentadas pelos acupunctores»¹⁴⁴.

No mesmo período, a SPMA alargara a oferta de cursos de pós-graduação em acupunctura para médicos, de um curso com início em 2003, para um segundo curso com

¹⁴³ Entrevista n° 20.

¹⁴⁴ <http://www.dgs.pt> (acesso em 18 de Abril de 2008).

início em 2007 e um terceiro em 2009, todos em funcionamento actualmente. Estas pós-graduações possuem reconhecimento pelo Estado, o que não sucede ainda hoje com os cursos oferecidos no mercado da formação pelas associações de terapeutas, porque a formação e a certificação ainda não estão regulamentadas. Assim, o arrastar do processo de regulamentação possibilitou, na prática, que a profissão médica desse mais um passo em direcção à monopolização do mercado da formação e, por extensão, à consolidação da sua posição concorrencial no mercado da saúde, nomeadamente na oferta de tratamentos de acupunctura no SNS, como vimos em capítulo anterior.

O atraso da regulamentação foi objecto de requerimentos e perguntas ao Governo nos termos regimentais da Assembleia da República, de 2005 até à actualidade, sendo de referir que durante este período os Governos Constitucionais são constituídos por Executivos do Partido Socialista.

Em Maio de 2005, há um Requerimento ao Executivo da iniciativa do CDS-PP¹⁴⁵. No texto pergunta-se ao Ministro da Saúde se a CTC se encontra em funções e para quando se prevê a publicação da regulamentação. Em Junho, o Ministério da Saúde responde que a CTC está em funções e que se prevê a «entrega de proposta de regulamentação a 31 de Dezembro de 2005, conforme o estipulado na legislação»¹⁴⁶.

As perguntas e requerimentos dos anos seguintes são da iniciativa do Bloco de Esquerda (BE). De 2006 a 2010, este partido passa a representar os interesses dos profissionais das MAC que se encontram fora da CTC nomeada pelo Governo do Partido Socialista. Assim, as suas posições alinham frequentemente pelas posições assumidas pelos acupunctores que se organizaram conjuntamente com Pedro Choy, em oposição a José Faro, representante da Acupunctura nomeado, e renomeado entre protestos de parte dos representados (processo que descreveremos adiante); do que se pode depreender que José Faro, e o conjunto de terapeutas mais antigos no mercado que se encontram em aliança com este, tinham conseguido obter e manter a confiança do Governo do Partido Socialista. Ou seja, ao longo das oposições entre terapeutas alinham-se oposições entre os partidos políticos que haviam mobilizado a regularização das MAC.

Em Dezembro de 2006, quando ainda não tinha sido publicada a regulamentação, o BE faz um Requerimento dirigido ao Ministério da Saúde. O texto deste documento chama a atenção para o atraso da regulamentação, contrário ao disposto na Lei nº45/03, e pede

¹⁴⁵ Requerimento nº 275/AC/X/1 de 16-05-2005.

¹⁴⁶ Ofício nº 4518 de 07-07-2005 do Gabinete do Ministro da Saúde.

esclarecimentos sobre os trabalhos da CTC, pergunta se existe algum relatório final aprovado pela Comissão e pede que seja facultada a documentação ao grupo parlamentar. Pergunta-se igualmente qual o prazo para a finalização dos trabalhos¹⁴⁷. A resposta a este requerimento por parte do Ministro da Saúde é de Fevereiro de 2007¹⁴⁸. Aí se pode ler que, segundo o Coordenador da CTC:

A Comissão elaborou os relatórios provisórios para cada uma das terapêuticas não convencionais, sobre a caracterização, perfil do profissional, formação, código deontológico, código de prática segura, aspectos fiscais, seguros, licenciamento e certificação profissional, tendo os mesmos sido remetidos a peritos das especialidades e à Organização Mundial de Saúde, para sugestões.

No entanto, o documento não torna público quais os peritos em referência, nem houve qualquer nomeação oficial dos mesmos. Também não são tornados públicos os documentos, conforme pedido do requerimento, remetendo-se para audição pública a realizar – «O Ministério da Saúde espera que até final do 1º semestre de 2007 ter[á] os relatórios finais para cada uma das terapêuticas não convencionais, prevendo-se a colocação em audição pública do documento». Mas essa divulgação pública não se realizou nesta data.

Em Março de 2008, surge nova pergunta da bancada parlamentar do BE¹⁴⁹ sobre o «atraso na regulamentação». Refere-se neste texto que «Passados cinco anos desde a publicação desta legislação, e quatro anos após a criação da Comissão Técnica Consultiva, ainda não existe a tão necessária regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais» e remete para a resposta ao requerimento anterior que previa a divulgação pública dos relatórios finais para o 1º semestre do ano de 2007. Refere-se ainda que em audição com a Ministra da Saúde, decorrida nesse mês, não tinha sido dado qualquer esclarecimento ao BE¹⁵⁰. Neste texto também se equaciona este atraso como um problema de saúde pública, já que se afirmava que «a ausência de regulamentação permite que pessoas não preparadas, nem formadas, continuem a exercer este tipo de actividades, enganando os pacientes e pondo em risco a segurança». Solicitava-se que fosse justificado o «enorme atraso» na regulamentação da Lei, perguntava-se por uma nova data para a publicação da regulamentação e, ainda, se o Ministério havia assegurado a participação dos profissionais

¹⁴⁷ Requerimento n° 530/AC/X/2 de 14-12-2006.

¹⁴⁸ Ofício n° 1392 de 08-02-2007 do Gabinete do Ministro da Saúde.

¹⁴⁹ Pergunta n° 952/X/3 de 25-03-2008.

¹⁵⁰ Desde 31 de Janeiro de 2008, que era Ministra da Saúde a médica Dra. Ana Jorge, após pedido de exoneração do anterior Ministro da Saúde, Professor António Correia de Campos, que estivera em funções desde Março de 2005. Na altura da criação da CTC estava ainda em funções o Ministro da Saúde Luís Filipe Pereira.

das MAC no processo, sugerindo que, no procedimento anterior de pedido de pareceres, os terapeutas não teriam sido consultados.

A resposta a esta pergunta surge no mês imediatamente a seguir¹⁵¹. Desde 1 de Abril que a Direcção-Geral de Saúde colocara no seu site da internet as propostas de regulamentação, como anteriormente referido. A resposta do Gabinete da Ministra da Saúde informa sobre essa «discussão pública» a decorrer sob a forma de sugestões e contra-propostas a serem enviadas para endereço electrónico especificamente criado para esse fim, por um período de 30 dias. Acrescenta, relativamente à CTC, que:

Esta comissão composta por representantes do Ministério da Saúde, Educação e Ciência e Ensino Superior, por [um] representante de cada uma das terapêuticas não convencionais e por sete peritos de reconhecido mérito, da área da saúde, têm [sic] vindo a reunir na Direcção Geral da Saúde.

Esta informação, de que a CTC estaria em funcionamento nos termos do despacho conjunto de 2005, ou seja, com a participação dos peritos, é contraditória com a informação que nos foi dada conhecer no trabalho de campo e, se estava efectivamente em funções, fica por explicar por que razão em Outubro de 2009 houve nova nomeação de peritos. Para além das declarações da médica que tinha sido nomeada perita e que afirmou não mais ter participado nas reuniões da Comissão, a que já fizémos referência, há outras declarações que põem em causa as afirmações da resposta do Ministério da Saúde à Pergunta do BE.

Em Dezembro de 2007, num programa emitido pela TSF¹⁵², outro dos peritos nomeados pelo despacho conjunto de 2005, Fernando Martins do Vale, revela ter-se demitido da Comissão. Segundo a reportagem da TSF, em Outubro de 2005 ter-se-iam demitido quatro dos sete peritos. Manuel Dias Branco, Representante da Naturopatia, declara nesse programa que quando o então Ministro da Saúde, Correia de Campos, defendera que não haveria direito de voto para os peritos, estes se tinham demitido. O Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos foram convidados para este programa, mas não tinham querido comparecer.

No site de uma associação profissional de terapeutas alinhada com o Conselho Federativo, a AMENA (Associação de Medicina Natural e Bioterapêuticas)¹⁵³, surge um texto publicado a 31 de Outubro de 2009, após o despacho com novas nomeações para a

¹⁵¹ Ofício n° 2653 de 09-04-2008 do Gabinete do Ministro da Saúde.

¹⁵² TSF, Programa «Mais Cedo ou Mais Tarde», 4-12-2007.

¹⁵³ <http://www.amena.tcpsa.com> (acedido em Março de 2010).

CTC, que permite confirmar que os peritos se tinham retirado da CTC, aí se pode ler, sobre a «reconstituição» da CTC: «Esta situação está relacionada com o abandono, por parte dos Peritos nomeados na Comissão original e desta forma está ultrapassado um dos piores entraves à evolução das TNC.» Refere ainda que se passaram dois anos desde a demissão dos peritos médicos da CTC e pode ler-se também no documento publicado neste site a oposição à renomeação da médica indigitada na condição de perita em representação do Infarmed, dirigente da SPMA, anteriormente referida: «Lastimavelmente, da anterior Comissão, transita uma Perita, que pelas suas atitudes só poderá ser referenciada como objectora de consciência para com as TNC».

Por outro lado, o que se denomina de «discussão pública» dificilmente se pode classificar como tal, na medida em que, como dissemos, nunca a Direcção-Geral de Saúde divulgou as sugestões e contra-propostas aos documentos que tinham sido apresentados como propostas de regulamentação. Tivemos acesso a parte da documentação sobre esta discussão, na área da acupunctura, através de documentos que foram publicados na internet e por informações e documentos fornecidos por terapeutas.

Veremos em que consistiu esta «discussão pública», no caso da acupunctura, com maior especificação. Interessa, desde já, mencionar que o conflito que se seguiu é protagonizado pelos terapeutas da acupunctura e que as divisões que surgem apresentam uma configuração das relações entre terapeutas, que vem a ser exposta em público e que, na constituição de redes sociais e alianças ou oposições, segue as linhas de uma divisão que fora já observada no trabalho de campo realizado anteriormente a este conflito e a que já fizemos menção: a separação entre os terapeutas há mais tempo implantados no mercado, que designamos de «pioneiros» e os que aí tinham entrado mais recentemente.

O Representante da Acupunctura na CTC, José Faro, pertencente ao grupo dos mais antigos no mercado das MAC e cujo nome não tinha sido consensual entre os terapeutas desde o início, será posto em causa por vários grupos de terapeutas que se organizam em aliança com Pedro Choy, cuja presença no mercado de oferta de serviços de acupunctura e medicina tradicional chinesa, seja serviços de formação ou de tratamentos de saúde, é bem mais recente, com forte implantação no mercado, dado o número de clínicas de Pedro Choy em funcionamento presentemente, como já referimos em capítulo anterior. O principal argumento contra a proposta de regulamentação apresentada, formulado por Pedro Choy e pelos terapeutas que estão em aliança com este, é o da «falta de democraticidade» do processo de regulamentação, desde a nomeação do Representante da Acupunctura, ao limitado tempo de consulta e «discussão pública» das propostas.

A pergunta do BE que se segue, vem na sequência dessa «discussão pública», logo em finais de Abril¹⁵⁴. No texto deste documento faz-se uma crítica enfática à lentidão do processo de regulamentação, uma vez que haviam passado cinco anos desde a publicação da Lei, assim como se critica a pequena duração da «discussão pública». Critica-se ainda o facto de apenas terem sido colocados para discussão pública dois capítulos da regulamentação, quando o projecto de regulamentação incluía oito capítulos, sem que tivesse sido dada qualquer explicação para tal.

De facto, havia sido tornada pública uma Proposta Completa de Regulamentação¹⁵⁵ que incluía todos os itens em regulamentação, para além da «Caracterização e perfil profissional», único item que fora posto à discussão pública. A Proposta incluía a caracterização da profissão, o perfil do profissional, a formação, a certificação ou credenciação profissional, o código deontológico, o código de prática segura, o regime fiscal e o regime de seguros.

No capítulo do código deontológico, previa-se a criação de um organismo próximo da definição de uma Ordem Profissional, o Conselho de Regulação Profissional para a Acupunctura (CRPA), a partir do qual seria eleito o Júri de Conduta Profissional dos Acupunctores (JCPA), com competências na admissão à certificação profissional, na definição de parte dos conteúdos programáticos da formação e na regulação disciplinar dos profissionais. Este Conselho de Regulação (CRPA) era também referido no capítulo relativo à «Certificação/Credenciação Profissional do Acupunctore», onde estavam designadas como competências «a operacionalização da articulação entre a avaliação, a credenciação académica e a credenciação profissional». Para a certificação profissional, parte fundamental da regulamentação, são definidas as regras para obtenção do Certificado de Aptidão Profissional de Acupunctore (CAPA), título de acupunctore com validade por cinco anos, mediante uma avaliação curricular e de um *portofolium* a apresentar pelo candidato, entrevista técnica e provas de competência clínica. No caso de estes elementos não serem suficientes, a obtenção do título de acupunctore estaria dependente de uma exame ou de um regime de «prática tutelada». A obtenção do CAPA e a sua revalidação seriam da competência de uma comissão – Comissão de Avaliação Profissional – do CRPA.

O documento definia o CRPA como

¹⁵⁴ Pergunta n.º 1221/X/3 de 30-04-2008.

¹⁵⁵ «Acupunctura – Proposta Completa» divulgada a 1 de Abril de 2008 no site da Direcção-Geral de Saúde.

um órgão legalmente constituído e mandatado para regular o exercício da prática da Acupunctura em Portugal durante o processo de transição para a credenciação, formação e certificação por equiparação ou equivalência dos actuais candidatos ao título de Acupunctur e ao exercício da prática de Acupunctura, continuando assim o trabalho desenvolvido pela Comissão Técnica Consultiva para a Regulamentação das Terapêuticas não Convencionais, nomeadamente do Representante da Acupunctura.

Na prática, o CRPA devia substituir a CTC, pois a sua extinção estava prevista na lei, como devendo suceder após a regulamentação, e os Representantes da CTC nomeados pela DGS manter-se-iam desta forma em funções e com poderes para regular a profissão para além da CTC.

Segundo consta da Proposta, este Conselho seria nomeado pelo Ministério da Saúde. A sua constituição estava igualmente definida:

Um representante do Ministério da Saúde.

Um representante do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.

O representante da Acupunctura na Comissão Técnica e Consultiva das terapêuticas não convencionais (CTCTNC).

Um profissional eleito pelas Associações/Federações.

Um profissional nomeado pelo Ministro da Saúde sob proposta de 3 nomes indicados pelo representante da Acupunctura na CTCTNC.

Portanto, apesar de se prever a entrada de um outro representante dos acupunctores por eleição, o actual representante da acupunctura transitaria directamente, e poderia ainda propor mais um nome para a composição deste Conselho. Mas o Conselho previa ainda mais duas comissões, a Comissão de Avaliação Académica e a Comissão de Avaliação Profissional onde, mais uma vez o actual representante indicaria um membro para cada uma destas comissões, sendo outro no regime de eleição anteriormente definido, e um representante dos Ministérios da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, na primeira destas comissões, ou do Ministério da Saúde, na segunda destas comissões, as quais contariam, desta forma, com 3 membros cada.

As competências definidas para o CRPA são extensas, desde as competências que já referimos na regulação deontológica e na certificação e atribuição dos títulos de acupunctur, à definição da formação inicial e contínua, à avaliação dos cursos em Acupunctura de «Escolas, Instituições, Universidades ou outros», e à promoção de investigação. Todas competências estratégicas para uma segunda frente de concorrência pelo acesso ao mercado legítimo da acupunctura, agora dividindo os próprios acupunctores mais estabelecidos nos mercados informais dos serviços e da formação.

Não será de admirar, portanto, que esta questão tenha sido objecto de conflito entre os terapeutas e que conste da pergunta do BE. Desta pergunta constava ainda a acusação de «falta de democraticidade e representatividade» do processo de regulamentação da Lei. A isto acrescentava-se:

Recorde-se, que os membros que integram a comissão técnica responsável por esta regulamentação – e apresentados como representantes dos profissionais, foram escolhidos pelo ministério e não sujeitos a qualquer escolha pelos seus pares, processo anti-democrático que o governo quer continuar a seguir na designação dos futuros conselhos reguladores.

As perguntas ao Ministério da Saúde incidiam, assim, na necessidade de alargar o prazo de discussão pública para dois ou três meses, de «alargar o âmbito da discussão pública a todo o projecto» e de «corrigir a falta de democraticidade e representatividade deste processo, nomeadamente, na escolha dos representantes dos profissionais, seja na comissão técnica seja nos futuros conselhos reguladores».

O prazo de discussão pública foi alargado no próprio site da Direcção-Geral de Saúde, ainda no mês de Abril, para 90 dias, devido aos protestos dos terapeutas, em particular dos acupunctores, que exigiram um prazo mais alargado para a discussão das propostas e apresentação de sugestões e contra-propostas.

Em 6 de Maio de 2008, o BE realiza no Parlamento uma Audição Pública sobre a regulamentação. O que está em discussão, para além do modo como decorrerá até aí o processo de regulamentação, é a proposta de composição do futuro Conselho Regulador e das respectivas comissões. Se a nomeação dos terapeutas que integraram a CTC já tinha sido posta em causa, por terem sido nomeados em vez de serem eleitos pelas organizações de profissionais, a decisão de estes deterem poderes quase exclusivos no Conselho Regulador e nas comissões era, mais uma vez, objecto de protesto por falta de representatividade de parte dos terapeutas, logo, era reiterada a ideia de falta de democraticidade no processo.

Segundo informações obtidas junto da Assessoria Parlamentar do Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda, inscreveram-se nesta Audição Pública terapeutas de vários sectores e grupos das MAC. Estavam presentes alguns dos membros da CTC, como o Representante da Acupunctura, José Faro, e representantes da associação profissional de que este faz parte (APAMTC). Da área da acupunctura, estavam igualmente presentes Pedro Choy, em representação da associação profissional APPA, representantes de outros tipos de acupunctura que não a chinesa, como a acupunctura coreana (Associação

Portuguesa de Acupunctura Su-Jok) e a acupunctura japonesa (Associação de Acupunctura Japonesa Tokyo Igaku). Mais associações estavam presentes, tais como representantes do Conselho Federativo – Federação Portuguesa das Medicinas Não Convencionais e da Câmara Nacional dos Naturologistas e Especialistas das Terapêuticas Não Convencionais (CNET), as duas federações de terapeutas que nesta data haviam substituído a primeira federação representativa, a Fenaman. No conjunto de 150 pessoas que esta audição reuniu, encontravam-se igualmente alunos, essencialmente dos cursos de acupunctura.

A partir da informação publicada no site oficial do grupo parlamentar do BE, na Audição Pública, podemos observar as divisões que estavam em causa, entre os terapeutas:

Sobre o processo em curso, muitas foram as críticas endereçadas à Direcção Geral de Saúde e à Comissão Técnica que o está a levar a cabo, apontando a pouca representatividade deste organismo e a falta de democraticidade na sua eleição. A discussão parcial do projecto de regulamentação foi também apontada como um sinal de pouca transparência do processo, uma vez que os profissionais querem ter poder de se pronunciar sobre todo o documento [...] Tais acusações foram rebatidas pelos membros da Comissão que se encontravam presentes, relembrando a sua nomeação pela DGS e a sua aceitação por um conjunto de representantes de algumas associações do sector.¹⁵⁶

No que se refere ao conteúdo do projecto de regulamentação, Pedro Choy apontara como lacuna no processo «o facto de, após a regulamentação, e durante dez anos, o processo de acreditação dos acupunctores ficar à responsabilidade de um dos membros da comissão que está a produzir a regulamentação, sem que haja qualquer eleição prevista». A menção desta intervenção refere-se à oposição por parte de Pedro Choy e das associações de acupunctores suas aliadas, contra a perpetuação de José Faro, concorrente nos mercados de formação e de cuidados de saúde, no futuro Conselho de Regulação.

Por outro lado, os alunos e antigos alunos dos cursos de acupunctura também vêm expressar, nesta audição pública, a sua preocupação pelo facto de a formação não ter sido objecto de regulamentação. Sem o reconhecimento e a acreditação das escolas e dos cursos em funcionamento, oferecidos no mercado de formação pelas associações de terapeutas, os alunos ficariam «em situação de indefinição quanto ao seu futuro».

De facto, ao não apresentar uma proposta específica de regulamentação para o mercado de formação que fizesse a acreditação dos cursos existentes, a CTC mantinha na informalidade o mercado de formação das MAC que, no caso da medicina tradicional chinesa e da acupunctura, formava terapeutas desde meados da década de 1990, unicamente com credenciação de universidades chinesas e sem reconhecimento pelo

¹⁵⁶ <http://beparlamento.esquerda.net>, «Terapêuticas Não Convencionais: lei portuguesa considerada como exemplar», 07-05-2008 (acesso em Agosto de 2008).

Estado português. Em termos de formação, a Proposta divulgada previa que uma licenciatura em Acupunctura tivesse um total de 3.700 horas, das quais 1500 horas seriam de prática clínica, correspondentes a 230 ECTS¹⁵⁷. Isto equivale a praticamente 4 anos de curso a tempo inteiro, o que deixaria muitos dos acupunctores mais recentes sem reconhecimento da sua formação, impedidos de usar o título de Acupunctor e, provavelmente, reduzidos à qualidade de técnicos sem regulamentação específica. Nesta situação encontrar-se-iam, nomeadamente, todos os acupunctores formados, desde há anos, nos cursos promovidos por Pedro Choy através da APADA; ao passo que em conformidade com a Proposta, estavam todos os acupunctores formados pela Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC) dirigida por José Faro.

Durante a referida Audição Pública promovida pelo BE, levantam-se mais uma vez as questões de não ter havido reconhecimento na lei da medicina tradicional chinesa e de, na regulamentação, não se preverem outros tipos de acupunctura que não a da medicina tradicional chinesa. No decurso da «discussão pública» da regulamentação, segundo um dos documentos enviados para a DGS a que tivémos acesso – o documento que fora elaborado a partir da APPA – uma das críticas à proposta mais repetidas e sublinhadas fora a de que se procurava regulamentar a medicina tradicional chinesa, e não a acupunctura. Ao legislar pela regulamentação da acupunctura e não da medicina tradicional chinesa, não somente se abriu caminho para o reconhecimento da acupunctura médica, também se criou o espaço para as lutas entre os terapeutas sobre as várias definições de acupunctura, fosse entre as que se enquadram em sistemas médicos diferentes da medicina tradicional chinesa, como a coreana e a japonesa, fosse entre as diferentes interpretações da acupunctura e da própria medicina tradicional chinesa entre os terapeutas desta área específica.

A resposta do Gabinete da Ministra da Saúde à pergunta do BE de Abril de 2008, data de 6 de Junho¹⁵⁸. Refere o alargamento do prazo e justifica as restantes questões. Relativamente ao facto de se ter posto à discussão somente dois dos oito assuntos a regulamentar e que tinham sido divulgados, defende que esses dois pontos da regulamentação constituíam a base a partir da qual os restantes iriam ser elaborados no futuro pela CTC. No que se refere à democraticidade do processo, afirma-se que «a consulta pública não é mais do que a abertura do processo a todas as partes interessadas

¹⁵⁷ *European Credit Transfer System* – Sistema Europeu de Transferência de Créditos. Neste sistema, um ano de trabalho a tempo inteiro corresponde a 60 ECTS.

¹⁵⁸ Ofício n° 4389 de 06-06-2008 do Gabinete da Ministra da Saúde.

que, embora não tenham dele participado directamente, são agora chamadas a intervir». E acrescenta-se que

a escolha dos representantes na Comissão Técnica Consultiva foram aceites [sic] em reuniões realizadas com a presença de várias associações, pelo que não entendemos a afirmação de ter existido um processo antidemocrático.

Por último, esclarece que ainda não fora nomeada a «Comissão competente para avaliar a idoneidade dos profissionais em causa».

Colocar para discussão apenas dois dos oito temas da regulamentação poderá ter sido uma forma de cumprir o Código do Procedimento Administrativo a que a Regulamentação pela DGS e a CTC na sua dependência estavam sujeitos, sem alargar a discussão pública a toda a Proposta de Regulamentação. Segundo este Código, o procedimento administrativo está sujeito a dois princípios gerais, de Participação e de Decisão:

8) Princípio da Participação: Cabe à Administração Pública fazer com que os particulares, e as associações que defendam os seus interesses, intervenham na preparação das suas decisões.

Este princípio concretiza-se, especialmente, através da chamada audiência dos particulares, no decurso do procedimento administrativo (artº 8º).

9) Princípio da Decisão: Não é legítimo, aos órgãos da Administração Pública, manterem-se pura e simplesmente silenciosos perante as questões que lhes sejam postas pelos particulares.

Eles têm, pelo contrário, o dever de decidir sobre quaisquer assuntos que lhes sejam apresentados, quer se trate de matérias que digam directamente respeito aos que se lhes dirigem, quer de petições, queixas ou reclamações em defesa da Constituição, das leis ou do interesse geral (artº 9º).

Este dever só deixa de existir se a entidade competente já se tiver pronunciado há menos de dois anos sobre igual pedido, apresentado pelo mesmo particular com idênticos fundamentos.¹⁵⁹

A 26 de Junho de 2008, dá entrada na Assembleia da República um Projecto de Resolução por iniciativa do BE¹⁶⁰. Segundo informação que nos foi fornecida no trabalho de campo, a apresentação desta proposta pelo BE surge na sequência de toda a irregularidade do processo de regulamentação, mas também de uma indicação informal, por parte de todas as bancadas parlamentares, de que o Projecto de Resolução seria aprovado.

¹⁵⁹ Decreto-Lei nº 442/91 de 15 de Novembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 6/96 de 31 de Janeiro.

¹⁶⁰ Projecto de Resolução nº353/X, DAR, II série, nº 125 de 03-07-2008.

Neste documento, são referidas, mais uma vez, as posições da UE e da OMS quanto à necessidade de legislar e regulamentar a actividade dos profissionais das MAC. Na fundamentação da urgência de o Estado regulamentar o sector, invocam-se uma vez mais os argumentos de defesa da saúde pública e os direitos de escolha de cuidados de saúde pelos cidadãos. Como vimos no capítulo em que se descrevem as várias legislações europeias, este último argumento constituía uma das fundamentações legais mais frequentes nos países com legislações favoráveis à institucionalização das MAC. No texto da Resolução, lembra-se que a regulamentação pelo Estado, nos termos previstos na Lei n.º 45/2003, devia ter sido realizada nos 180 dias após a sua entrada em vigor e que cinco anos depois o processo de regulamentação ainda estava por concluir. Apelava-se ainda para a necessidade de adoptar regras de funcionamento, em sede de regulamentação, que envolvessem todos os profissionais das MAC, referindo-se que esse aspecto suscitara muitas críticas, entre as quais a nomeação dos representantes para a CTC, «cuja efectiva representatividade, independência e isenção têm sido recorrentemente questionadas».

Na mesma linha de argumentação, defendia-se a necessidade de maior «democraticidade e transparência do processo», punha-se em causa a legitimidade da CTC para analisar as propostas de alteração aos documentos que tinham sido propostos pela própria CTC e avançava-se para as já enunciadas irregularidades que estariam previstas no sistema de formação dos futuros conselhos reguladores, considerando-se inaceitável a continuidade dos representantes nomeados para a CTC, que seria democraticamente inaceitável que assim «se concentre tanto poder em tão poucos profissionais».

A recomendação deste projecto de Resolução ao Governo era a promoção de princípios e metodologias democráticas no processo de regulamentação da Lei e nos mecanismos a adoptar para a certificação dos profissionais, objectivo para o qual se recomendava a

[r]esponsabilização da Direcção Geral de Saúde pela análise e decisão sobre as propostas apresentadas durante o período de consulta pública, a decorrer até 1 de Julho de 2008 [e a] [e]leição dos representantes das TNC nos futuros conselhos reguladores, a partir de um processo eleitoral democrático e representativo, organizado com a participação e a colaboração das associações representativas destes profissionais.

Este Projecto de Resolução será rejeitado na Assembleia da República a 23 de Janeiro de 2009, com os votos contra do Partido Socialista, que detinha maioria absoluta, apesar dos votos a favor das restantes bancadas parlamentares¹⁶¹.

¹⁶¹ DAR, I série, n.º 38 de 24-01-2009.

A 7 de Maio de 2009, o BE elabora outra Pergunta dirigida ao Ministério da Saúde¹⁶² em que se afirma: «tivemos conhecimento de que será a CTC a analisar e deliberar sobre os contributos recolhidos durante a consulta pública», se considera o procedimento «manifestamente anti-democrático» e se solicita ao Ministério da Saúde, «com a maior urgência», «[c]ópias de toda a documentação que resultou da consulta pública sobre a regulamentação das terapêuticas não convencionais».

Depois das eleições legislativas, no início da presente legislatura, surge nova pergunta do BE, em Novembro de 2009¹⁶³. Nesta pergunta voltam a colocar-se questões anteriormente referidas e acrescenta-se que, num programa televisivo do mês de Maio, o Representante da Acupunctura na CTC (José Faro) tinha afirmado que a proposta de regulamentação deveria estar concluída para entrega ao Ministério da Saúde no mês de Julho, mas que

não foi divulgada qualquer informação relativa ao resultado da consulta pública promovida, apesar das propostas recepcionadas e da apreciação das mesmas terem sido enviadas para a CTCTNC no dia 31 de Dezembro de 2008, para elaboração de um relatório final. [...] Não se entende como é possível que uma consulta pública não origine a elaboração de um relatório final. Nem tão pouco, caso ele exista, que o Ministério da Saúde não proceda à sua divulgação.

O processo de regulamentação permanecia sem divulgação pública dos resultados dos trabalhos da CTC. No entanto, em 19 de Junho, uma acupunctora, formada na APADA, Rita Brandão, tinha apresentado um requerimento à DGS ao abrigo da Lei do Acesso aos Documentos Administrativos, não tendo obtido resposta da DGS. Esta cidadã veio a apresentar queixa junto da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos (CADA), que emitiu parecer favorável à consulta da documentação com mais de um ano, a 20 de Julho de 2009¹⁶⁴. A 12 de Outubro, recebe resposta da DGS ao seu requerimento inicial, onde lhe é comunicado o indeferimento do seu pedido ao abrigo da Lei do Acesso aos Documentos Administrativos, onde se refere o articulado segundo o qual

[o] acesso aos documentos administrativos preparatórios de uma decisão ou constantes de processos não concluídos pode ser diferido até à tomada de decisão, ao arquivamento do processo ou ao decurso de um ano após a sua elaboração.¹⁶⁵

e se aconselha a cidadã a consultar o Representante da Acupunctura. O qual, desde a discussão pública, era acusado de não responder aos pedidos de informação que lhe eram

¹⁶² Pergunta n.º 2271/X/4 de 07-05-2009.

¹⁶³ Pergunta n.º 299/XI/1 de 23-11-2009.

¹⁶⁴ Processo n.º 406/2009, Parecer disponível em <http://www.cada.pt/uploads/Pareceres/2009/261.pdf>.

¹⁶⁵ Lei n.º 46/2007 de 24 de Agosto, Art.º 6, n.º 3.

dirigidos¹⁶⁶. Segue-se uma solicitação à CTC para que fossem divulgados os documentos, em cumprimento do Parecer da CADA. Esta acupunctora também enviara e-mails para todas as bancadas parlamentares. A 25 de Novembro ainda não tinha sido obtida resposta a este pedido.

Na Pergunta n°299/X/I do BE, a que nos referimos e que foi entregue no Parlamento a 17 de Novembro de 2009, o texto menciona este caso e a resposta da DGS, na qual se afirma que segundo posição da CTC,

a divulgação dos documentos pretendidos pode condicionar as decisões ulteriores, até à conclusão do processo, deduzindo-se portanto o indeferimento do pedido efectuado ao abrigo do disposto no n°3 do art°6° da Lei n° 46/2007.

O texto da Pergunta critica mais uma vez a falta de democraticidade do processo de regulamentação, e invoca-se mesmo mesmo a ilegalidade do incumprimento do Parecer da CADA. Critica-se ainda o secretismo do processo:

Todo este processo continua opaco, escondido e circunscrito a um pequeno núcleo de técnicos que, recorrendo a diversos estratagemas, impedem quer o seu avanço quer o conhecimento por parte dos profissionais interessados.

As perguntas feitas à Ministra da Saúde consistem no pedido de esclarecimento quanto à existência de um relatório final em resultado da discussão pública, quanto às razões por que esse relatório não foi divulgado no caso de existir, sobre a data para a qual estaria prevista a publicação da regulamentação da Lei n° 45/2003 e, ainda, se o Ministério da Saúde iria cumprir a lei e obedecer ao Parecer da CADA.

A resposta do Gabinete da Ministra da Saúde será dada por despacho¹⁶⁷ somente a 20 de Abril de 2010, depois das novas nomeações para a CTC, em que se mantiveram em funções os mesmos representantes das MAC. O despacho remete para resposta do Gabinete da Ministra a pergunta anterior do BE, onde o Ministério da Saúde teria informado o BE «de todo o procedimento realizado»; e que a cidadã requerente tinha tido acesso à consulta dos documentos, em cumprimento do Parecer da CADA. Por último, informa-se que o Ministério da Saúde «prevê para breve retomar os trabalhos de regulamentação (...), com a nomeação de um novo coordenador».

¹⁶⁶ Esta queixa, de falta de resposta a pedidos de informação por parte do Representante da Acupuntura, foi frequente durante o trabalho de campo entre os terapeutas que não estavam na rede social e profissional de José Faro, e pode ser comprovada por uma página de discussão de um fórum: <http://mtcforum.net/bar/reuniao-com-o-jose-faro/?action=printpage> (último acesso em Outubro de 2010).

¹⁶⁷ Ofício n° 1914 de 22 de Abril de 2009 do Gabinete da Ministra da Saúde.

No entanto, a pergunta anterior não obtivera resposta oficial do Ministério da Saúde¹⁶⁸ e a única pessoa que teve acesso à documentação foi a cidadã requerente, em cumprimento do Parecer da CADA. Assim, não foi dada nova data para a finalização da regulamentação da Lei. Por outro lado, até à data em que se termina esta dissertação, não fora nomeado novo coordenador da CTC, após o anterior coordenador se ter entretanto demitido.

Segundo entrevista¹⁶⁹ à acupunctora Rita Brandão, que teve efectivamente acesso aos documentos da CTCINC, embora não soubesse precisar datas, os peritos ter-se-iam demitido todos da Comissão, ter-se-iam realizado poucas reuniões da Comissão, do que decorre que nem os representantes dos Ministérios teriam colaborado na elaboração das Propostas de Regulamentação que vieram a ser divulgadas em Abril de 2008, que teriam sido elaboradas pelos respectivos Representantes sem apoio jurídico ou outros pareceres periciais. Ainda segundo esta acupunctora, haveria um relatório final de apreciação da discussão pública desde finais de 2008, que nunca fora divulgado, mas cujo conteúdo consistia essencialmente na avaliação das contra-propostas em termos favoráveis ou desfavoráveis e a partir do qual se partira para uma reelaboração da Proposta de Regulamentação, processo que estaria a decorrer actualmente se a CTC estivesse em funcionamento – o que não poderá suceder, pelo menos em termos oficiais, visto o Presidente demissionário da CTC não ter sido substituído por nomeação oficial.

A última Pergunta do BE data de Junho de 2010 e refere-se à «Discriminação dos profissionais das terapêuticas não convencionais em sede de IVA»¹⁷⁰. A Pergunta é dirigida ao Ministério das Finanças e da Administração Pública e pode ler-se aí:

Aos profissionais das terapêuticas não convencionais, os serviços do Ministério das Finanças e da Administração Pública têm vindo a reiterar que a isenção de IVA está dependente da regulamentação da Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto. No entanto, essa regulamentação é da responsabilidade do Governo e deveria ter ocorrido no prazo de 180 dias após a sua publicação. Acresce o facto de, independentemente da sua regulamentação, a Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto ter entrado em vigor no dia seguinte ao da sua publicação. Assim, não se compreende a razão da não aplicação da isenção de IVA aos profissionais das terapêuticas não convencionais.

Perguntava-se, assim, àquele Ministério «Por que motivo o Ministério das Finanças e da Administração Pública continua a discriminar os profissionais das terapêuticas não convencionais, sujeitando a sua actividade ao pagamento de IVA?» e «Quando irá o

¹⁶⁸ Não só não tem registo no site do parlamento como obtivemos confirmação junto da Assessoria do Grupo Parlamentar do BE de que não houve resposta a esta Pergunta.

¹⁶⁹ Entrevista n.º 29.

¹⁷⁰ Pergunta n.º3401/XI/1 de 02-06-2010.

Ministério das Finanças equiparar os profissionais das terapêuticas não convencionais aos restantes profissionais, isentando a sua actividade de IVA?».

A questão não era nova. Desde o início do trabalho de campo, em duas entrevistas¹⁷¹ realizadas em 2008 a terapeutas de medicina tradicional chinesa das gerações mais novas, formados nas escolas das associações profissionais das MAC, que me fora transmitida preocupação com a situação fiscal, dado que muitos dos terapeutas estavam colectados como «outros paramédicos». Numa entrevista¹⁷² a um dos mais antigos terapeutas no mercado das MAC, um naturólogo, sobre o processo de regulamentação, dizia-se preocupado com duas questões, o licenciamento das escolas e a consagração de direitos fiscais aos profissionais das MAC, enquanto prestadores de cuidados de saúde. No editorial do boletim do Conselho Federativo de Fevereiro de 2008, o Presidente desta Federação escrevia:

Outro problema que nos traz muito preocupados são os ofícios que os Serviços das Finanças têm estado a enviar a alguns colegas acerca da inscrição nas Finanças como Outros Paramédicos CIRS 5019 onde pedem para «identificar objectivamente os serviços prestados» isto com base no Despacho do Senhor Director-Geral dos Impostos de 2007/10/19, isto com o fim de aplicarem o IVA a todos os que estavam isentos ao abrigo do artigo 9º do Código do IVA.

e prosseguia esclarecendo os membros do Conselho Federativo de que tinham sido feitas diligências junto da CTC para a resolução desta questão¹⁷³.

Embora existisse desde 1994 uma categoria profissional colectável nas Finanças para os profissionais das MAC, esta não estava isenta de IVA como os restantes profissionais de saúde; estava sujeita à taxa máxima do IVA, por a profissão não estar reconhecida como profissão de saúde pela regulamentação da Lei, e muitos destes profissionais tinham-se colectado como «outros paramédicos», sob aprovação das Repartições de Finanças onde eram colectados. Por outro lado, o facto de a profissão não estar reconhecida como profissão de saúde também tem por consequência outras desvantagens concorrenciais, já que as despesas de saúde dos pacientes destes profissionais não podem ser apresentadas como despesas de saúde para fins de colecta fiscal.

O facto de a Direcção-Geral de Impostos vir aplicar em 2007 o referido despacho para que os terapeutas «identifiquem objectivamente os serviços prestados», quando a regulamentação da profissão, da responsabilidade do Estado, se arrastava no tempo sem

¹⁷¹ Entrevistas n° 12 e 13.

¹⁷² Entrevistas n° 23.

¹⁷³ Boletim da Federação – Conselho Federativo, Vol.1, Edição 2, n°15, Fevereiro de 2008.

que se conferisse um estatuto de profissão de saúde reconhecida pelo Estado a estes profissionais, reconhecidos pela Lei de 2003, surge como algo inusitado, uma vez que nunca, antes da publicação da Lei nº 45/2003, o Estado tinha procurado aplicar este tipo de sanções aos profissionais das MAC. Tanto mais que a Proposta de Regulamentação divulgada pela DGS incluía os profissionais das «terapêuticas não convencionais» na categoria fiscal de «Médicos, dentistas e outros profissionais de saúde»¹⁷⁴.

A Pergunta do BE sobre esta matéria fiscal obtém resposta do Ministério das Finanças e da Administração Pública a 25 de Agosto de 2010¹⁷⁵. Neste ofício, evoca-se legislação comunitária e nacional e, nos termos do Código do Imposto sobre o Valor Acrescentado (CIVA), considera-se que a isenção «só se verifica se estiverem em causa actos médicos», no que concerne a actividades paramédicas, refere-se o decreto-lei em que estão elencadas e acrescenta-se que «compreendem a utilização de técnicas de base científica com fins de promoção de saúde e prevenção, diagnóstico e tratamento de doença ou da reabilitação». Acrescenta-se que as profissões de terapeutas não estão regulamentadas e que o assunto é da competência de outros ministérios. Por fim, este ofício também esclarece que

as actividades de terapêutica não convencional poderão ficar abrangidas pela isenção prevista no nº1 do artigo 8º do CIVA, desde que realizadas por médicos ou enfermeiros, enquanto competência no âmbito das respectivas profissões

com títulos de médicos ou enfermeiros reconhecidos pelo Estado. Conclui, relativamente ao exercício de MAC definidas na Lei de 2003, que

não sendo as mesmas reconhecidas pelas entidades competentes, não compete à Administração Fiscal fazê-lo. Daí que, enquanto não forem as referidas actividades reconhecidas como médicas ou paramédicas, não poderão ser abrangidas pela isenção prevista no nº1 do artigo 9º do CIVA.

Este ofício permite-nos concluir que, para além de ter sido accionado um mecanismo de inspecção fiscal ao modo de tributação dos profissionais das MAC, como nunca antes sucedera, o protelamento do processo de regulamentação permitira que apenas os médicos e enfermeiros pudessem utilizar a isenção fiscal quando praticassem MAC, reconhecida e consagrada na lei, o que lhes garante uma vantagem concorrencial não negligenciável no mercado.

¹⁷⁴ «Acupunctura – Proposta Completa» divulgada a 1 de Abril de 2008 no site da Direcção-Geral de Saúde.

¹⁷⁵ Ofício nº 1519 de 25-08-2010 do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças.

Segundo o site¹⁷⁶ da AMENA, outro mecanismo de sancionamento sobre o exercício profissional dos terapeutas veio a surgir. O dirigente desta associação fizera um pedido de esclarecimento dirigido à Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) sobre uma «acção de Fiscalização, a decorrer em Território Nacional, no Mercado das TNC». A resposta da ASAE é publicada no mesmo site a 3 de Fevereiro de 2010, onde se pode ler:

cumpre informar que as acções desenvolvidas no comércio de Terapêuticas Não Convencionais (TNC), nomeadamente pela PSP, tem por base o combate ao comércio de produtos usados na medicina tradicional/alternativa que contenham produtos ou derivados das espécies da fauna e da flora restritas ou proibidas para comercialização ou venda.

invocando a legislação internacional e nacional que fundamenta aquela acção. Tal como sucede com a acção do Ministério das Finanças, nunca antes os consultórios tinham sido objecto de fiscalizações pelo Estado nesta matéria. Nas MAC o tipo de produtos mencionada pela ASAE podem fazer parte da farmacologia da medicina tradicional chinesa, mesmo quando esta tende cada vez mais a usar exclusivamente fitoterapia.

No referido boletim do Conselho Federativo também nos podemos aperceber de como os profissionais há mais tempo instalados no mercado das MAC estavam preocupados com a mais recente explosão da oferta de todo o tipo de terapêuticas, que se explica devido à pressão da procura, mas que deve também ser visto em relação com a publicação da Lei nº45/2003 que, apesar de apenas reconhecer seis medicinas ou terapêuticas que são, ou fazem parte, de sistemas médicos diferenciados da biomedicina – acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia – constitui uma norma que contribui definitivamente para a institucionalização do mercado de MAC. Por arrasto, conduz a expectativas de maior tolerância relativamente à prática de outras terapias; isto numaa situação em que a Lei não conduziu ainda à regulamentação do exercício profissional legítimo neste mercado, na ausência de procedimentos para diferenciar os profissionais credenciados dos não credenciados e para aplicar sanções.

Assim, este texto dá conta do esforço desta associação profissional para obter informações sobre o processo de regulamentação, argumentando a necessidade de regulamentar devido

à anarquia que se instalou no sector com gente a entrar sem formação e pela introdução de pseudo técnicas que estão a querer fazer-se passar por Naturopatia e Tratamentos Não Convencionais pondo em causa a saúde dos utentes e o bom nome das Medicinas Não

¹⁷⁶ <http://www.amena.tcpsa.com> (acedido em Março de 2010).

Convencionais e o trabalho sério e honesto feito pelos colegas das Associações e Federações nestes últimos 30 anos.

É notória a preocupação dos profissionais há mais tempo implantados no mercado com uma nova concorrência que estaria a fazer uma usurpação do mercado das MAC, e que se argumenta não estar qualificada, revelando ainda mais uma frente de disputa do mercado em jogo no incompleto processo de institucionalização legal.

A nomeação de uma nova Comissão Técnica Consultiva em Outubro de 2009 poderá ter criado em alguns sectores a ideia de que se iria realizar uma regulamentação em breve, mas, tal como nos foi dado perceber através do trabalho de campo, instalara-se também a descrença e a descredibilização de todo este processo por uma parte dos terapeutas, o que era mais marcante entre os terapeutas mais jovens. Em 2010, era notória essa crescente descrença nos trabalhos desta Comissão e surgia a ideia de que não havia efectiva vontade política de regulamentar. Referia-se inclusivamente uma entrevista ao facto de a própria Ministra da Saúde ser médica, como um sinal de que haveria interesses profissionais poderosos para não regulamentar as MAC, para não se legitimar através do Estado as profissões dos terapeutas ou as respectivas formações.

A falta de regulamentação do mercado, seja do exercício profissional seja da formação, beneficia efectivamente os médicos, com profissão e formações reconhecidas pelo Estado, em particular os que praticam estas terapêuticas – sendo a acupunctura a única técnica praticada por médicos com reconhecimento de competência médica pela Ordem dos Médicos. Como vimos, traz outros problemas, como a possibilidade não somente de monopólio do mercado legítimo pelos médicos credenciados pelo Estado, mas também de aumento de concorrência no mercado informal pelos recém-chegados, como que uma terceira fase de entrada de novos concorrentes no mercado das MAC – mesmo de terapêuticas não reconhecidas na Lei de 2003 –, sem as qualificações dos terapeutas há mais tempo instalados no mercado ou dos que tinham chegado ao mercado na fase a seguir aos pioneiros.

A problemática de institucionalização das MAC no mercado da saúde tem, portanto, de equacionar em simultâneo diferentes tentativas de monopolização e de usurpação: por parte dos médicos relativamente à oferta de cuidados de saúde pelos terapeutas; entre os terapeutas que têm maior antiguidade no mercado e os que vão surgindo como desafidores dos instalados no mercado, em várias fases do processo. Se em relação à primeira linha de disputa a configuração social dos terapeutas convergiu apenas conjuntamente para uma actuação unificada e com maior poder negocial uma vez aberta

a possibilidade da regulamentação, a disputa pelo acesso ao mercado em vias de legitimação por diferentes levas de desafiadores, e pela sua circunscricção por diferentes camadas de instalados, passa a atravessar o próprio terreno das MAC, alterando significativamente a configuração social das situações de luta.

A falta de regulamentação da Lei de 2003 não somente protege os médicos na monopolização do mercado legítimo da saúde contra a usurpação pelos profissionais das MAC; como, correlativamente, aumenta a sua capacidade de usurpação do exercício profissional da técnica de acupunctura no mercado das MAC ao transportá-lo, em parte, para o mercado legítimo monopolizado pela biomedicina; como ainda acrescenta mais problemas de concorrência entre os terapeutas no mercado não legítimo da saúde.

Como anteriormente referido, a «discussão pública» da proposta de regulamentação publicada pela Direcção-Geral de Saúde em Abril de 2008 fez eclodir um forte conflito entre os profissionais da acupunctura. Neste conflito, a principal oposição que se regista é a ocorrida entre os terapeutas estabelecidos com maior antiguidade no mercado das MAC, ou seja, os que estão em aliança com o Representante da Acupunctura na CTC, José Faro, que obteve a posição politicamente dominante na CTC e a manteve aquando da sua renomeação em Outubro de 2009; e os que chegaram ao mercado na fase seguinte, quer dizer, os terapeutas em aliança em torno de Pedro Choy. Lembramos que estes nomes representam constelações importantes de associações profissionais e de interesses de mercado, quer na área dos cuidados de saúde, quer na da formação.

Em 6 de Julho de 2010, Pedro Choy é recebido pelo Secretário de Estado da Saúde, no âmbito da Regulamentação da Acupunctura em Portugal, enquanto dirigente da Associação Portuguesa dos Profissionais de Acupunctura (APPA), conforme noticiado no site desta associação¹⁷⁷. Nessa notícia, foram expostas as preocupações destes associados relativamente «à falta de regulamentação da Lei 45/2003, a qual deveria ter sido concluída até Fevereiro de 2004». Mas foram também feitas várias críticas à CTC: considera-se que a CTC «elaborou um projecto de Regulamentação que enferma pela falta de fundamentos científico-profissionais duma actividade que envolve muitos milhares de doentes e de profissionais»; que o projecto de Regulamentação foi

feito às «escondidas», sem a participação das Associações de Acupunctores, Profissionais e alunos de Acupunctura, foi concebido num clima de secretismo que dura há cerca de 7 anos e promove a garantia da nomeação automática do seu autor para os futuros Órgãos de Regulação do sector, com poderes equiparáveis aos de uma Ordem, com um mandato de

¹⁷⁷ <http://www.appa-mtc.org> (acedido em Agosto de 2010).

10 anos e a possibilidade de no final desse prazo poderem decidir dos mandatos seguintes, eternizando-se no poder como se duma monarquia se tratasse;

que deve ser elaborada nova proposta de regulamentação, visto que,

[c]onsiderando a mediocridade técnica deste documento, a sua falta de rigor, e de democraticidade, o «assalto ao poder» nele revelado, o conflito de interesses, a APPA considera que o mesmo não salvaguarda os interesses dos doentes nem dos profissionais, nem dos alunos, pelo que defende que o mesmo deve ser substituído por um cuja feita resulte da participação democrática dos cidadãos, das Associações, das Escolas e dos Profissionais da Acupuntura e cujo objectivo primeiro seja a defesa dos interesses dos doentes e a da Saúde Pública em Portugal.

A modalidade dessa «participação democrática» é explicitada da seguinte forma:

que todos os Acupunctores que de algum modo representem a classe, participando nos futuros Órgãos com funções de certificação, acreditação, regulamentação ou regulação da Acupuntura, deverão ser democraticamente eleitos de entre e pelos Acupunctores, após transparente processo de recenseamento.

Por último, pede-se a exoneração do Coordenador da Comissão Técnica Consultiva, por se considerar que este «tem sido um grande entrave à Regulamentação da Lei 45/2003».

Os terapeutas em aliança com José Faro argumentam que o problema de uma eleição democrática era o de se tratar de uma questão circular, pois não haveria modo de recensear sem primeiro elaborar as regras que permitissem definir quem eram os acupunctores com direito de voto para essa eleição. Mas a questão da eleição por nomeação ou por eleição escondia, de facto, outras estratégias. Numa eleição democrática, ganharia quem tivesse mais aliados em número, e Pedro Choy teria uma vantagem neste aspecto devido à maior quantidade de antigos alunos – nomeadamente por promover desde há vários anos cursos de curta duração através da primeira associação que fundara, a APADA –, assim como à quantidade de acupunctores que empregava e mobilizava, o que colocaria os «pioneiros» em desvantagem relativa, quando tinham conseguido uma vantagem política considerável através da nomeação pelo Governo do Partido Socialista para a CTC. Nomeação que José Faro justifica, na sequência do conflito, num documento tornado público:

A ratificação da sua nomeação foi feita na presença dos representantes das principais Associações profissionais de Acupuntura, no dia 26 de Outubro de 2004, estando ele próprio em representação da APAMTC, Fenaman e Conselho Federativo¹⁷⁸.

¹⁷⁸ «Regulamentação da Acupuntura – Perguntas mais Frequentes», em <http://esmtc.pt> (último acesso em Outubro de 2010).

As associações que refere são exactamente as dos terapeutas há mais tempo implantados no mercado. Segundo informações recolhidas durante o trabalho de campo, desde o início que Pedro Choy defendera a eleição do representante, embora tivesse comparecido a essa reunião de associações profissionais em que foi feita a nomeação e assinado o documento da nomeação.

A Associação Portuguesa dos Profissionais de Acupunctura (APPA) foi criada após a Lei de 2003. Na discussão pública da Proposta publicada em Abril de 2008, surgem em Julho de 2008 num documento público, onde se apresenta uma contra-proposta à Proposta de Regulamentação da CTC de 1 de Abril de 2008, as seguintes associações associadas à APPA¹⁷⁹:

Profissionais

AAJNSK – Associação de Acupunctura Japonesa Nihon Shin kyu;
APADA – Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas;*
AAJTI – Associação de Acupunctura Japonesa Toyo Igaku;
APEA – Associação Portuguesa de Enfermeiros Acupunctores;
APASJ – Associação Portuguesa de Acupunctura Su Jok;
ANA – Associação Nacional de Acupunctura;
Delegação da Madeira da APPA; *

Ensino/Formação

UMC – Universidade de Medicina Chinesa;*
IPMTC – Instituto Português de Medicina Tradicional Chinesa;
AEAC – Associação de Estudantes de Acupunctura Coreana;
AEUMC – Associação de Estudantes da Universidade de Medicina Chinesa; *
AAAUE – Associação de Alunos de Acupunctura da Universidade de Évora; *
AECAPADA – Associação dos Estudantes de Coimbra da APADA; *
AEPAPADA – Associação de Estudantes do Porto da APADA; *
AELAPADA – Associação de Estudantes de Lisboa da APADA; *
AEAJP – Associação de Estudantes de Acupunctura Japonesa do Porto;
AEAJL – Associação de Estudantes de Acupunctura Japonesa de Lisboa.

* Criadas por Pedro Choy.

Há que notar que a Associação Portuguesa de Enfermeiros Acupunctores (APEA) tem relação com a Associação de Alunos de Acupunctura da Universidade de Évora (AAAUE), através da pós-graduação criada por Pedro Choy dirigida a enfermeiros, naquela

¹⁷⁹ APPA. 2008. *Discussão Pública Parcial da Proposta de Regulamentação – Acupunctura*.

Universidade. Por outro lado, a Associação Nacional de Acupunctura (ANA) é dirigida por um terapeuta que leccionou no curso do ICBAS da SPMA. Esta configuração torna visível a maior aproximação de Pedro Choy aos meios sociais e profissionais da biomedicina, o que constitui uma estratégia a assinalar na luta pela competição da norma formal.

Quando foi criada a APPA, a APADA, primeira associação profissional fundada por Pedro Choy, deixou de funcionar como a principal associação profissional para funcionar como plataforma para a oferta de cursos intensivos em acupunctura. Entre os profissionais da associação em competição, a APAMTC (Associação Portuguesa de Acupunctura e Medicina Tradicional), dirigida por José Faro, circulava mesmo a acusação de que o URL da APPA (www.appa-mtc.org) tinha sido intencionalmente criado para criar confusão entre os menos conhecedores da área, podendo ser tomada pela APAMTC, de que era dirigente o Representante da Acupunctura, como dizem ter sucedido a determinada altura do processo de regulamentação, em que a DGS teria enviado documentação da CTC para a APPA, confundido-a com a APAMTC.

Fosse desta forma ou de outra, Pedro Choy teve de facto acesso ao esboço da proposta de regulamentação que veio a ser publicada para discussão pública em 1 de Abril de 2008 cerca de um ano antes, pois em meados de Abril de 2007 circulava entre alguns terapeutas de acupunctura esse mesmo esboço, com data da CTC de Fevereiro de 2007, através de um e-mail com a indicação de ter sido enviado pela empresa *5 Seasons International – Companhia Distribuidora de Produtos Orientais, S.A.*, empresa de produtos de Medicina Tradicional Chinesa de que Pedro Choy é proprietário e conhecida entre os terapeutas enquanto tal. O documento continha já a estrutura da credenciação e previa o sistema de nomeação e funcionamento de um Conselho Consultivo, cuja descrição permite dizer que constituía o embrião do que se vem a denominar de Conselho de Regulação Profissional para a Acupunctura (CRPA), na Proposta de Regulamentação de 2008. Neste primeiro esboço, a constituição do Conselho Consultivo nem sequer previa os membros a designar mediante eleição pelas associações profissionais, o que só virá a constar da Proposta divulgada em Abril de 2008.

O conhecimento antecipado deste esboço terá dado a Pedro Choy algum tempo e margem de manobra para organizar uma contra-estratégia para fazer frente à estratégia de José Faro e dos terapeutas em aliança com este, os tais que designamos por «pioneiros» por estarem há mais tempo implantados no mercado.

A 20 de Março de 2008, antes da publicação das Propostas de Regulamentação pela DGS, são publicadas várias notícias em que dirigentes da APPA e o seu Presidente, Pedro Choy, se diziam descontentes com o seu actual representante, ao ponto de não se sentirem representados na CTC, e denunciavam irregularidades na nomeação do mesmo, com base no argumento de que a convocatória da DGS não tinha respeitado as normas democráticas devido ao curto período que tinha dado para a realização da escolha do representante¹⁸⁰.

Nessa semana, Pedro Choy enviara uma «Carta Aberta à Ministra da Saúde» e parte das notícias refere parcialmente o conteúdo dessa carta. Para além dos conteúdos já referidos, neste documento, a APPA intitulava-se «a maior Associação Portuguesa de Acupunctura – APPA» e prosseguia apresentando-se como a principal responsável pela divulgação pública da acupunctura em Portugal, assim como pela maior petição pública a favor da regulamentação da área, que reunira mais de 80 mil assinaturas¹⁸¹. Exigiam que o representante da Acupunctura na CTC

[fosse] eleito por votação secreta e directa (cada acupuncturador deve votar e ter direito a candidatar-se ao cargo). Assim, democraticamente, exige-se que sejam feitas eleições onde possam participar todas as Associações e, logicamente, seus respectivos associados, ou mesmo qualquer profissional que não seja federado. [...] Como já referimos em cartas anteriores e mais uma vez reafirmamos, não nos sentimos representados pelo actual «representante» na presente Comissão Técnica Consultiva

o que se fundamentava nos argumentos de que nunca fora eleito, não trocava informações com nenhuma associação profissional, nem consultava as associações para tomar decisões.

O conteúdo da carta revela conhecimento de partes importantes da proposta de regulamentação, antes da sua publicação. Assim, discorda do sistema de credenciação aí contido, segundo o qual os profissionais da acupunctura teriam de se submeter a um exame para serem acreditados, assim como teriam de o renovar por a sua validade caducar ao fim de poucos anos. Como fundamento para se opor a este sistema de credenciação, citava os exemplos de outras novas profissões que tinham sido reconhecidas sem qualquer exame, como os odontologistas, fisioterapeutas, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, revisores oficiais de contas. Argumentava-se assim que deviam ser credenciadas as Escolas do sector pela análise dos programas curriculares e, a partir do reconhecimento da formação, credenciar os acupunctores.

¹⁸⁰ *Público*, «Regulamentação da medicina não convencional em discussão pública em Abril», 20-03-2008 (online). *SIC*, «Legislação de medicinas alternativas – Profissionais exigem reconhecimento», Março de 2008 (online). *Diário de Notícias*, «Acupunctores protestam», Março de 2008 (online).

¹⁸¹ Referência à Petição n.º 39/IX/1 de 21-03-2003.

O então Presidente da Assembleia Geral da APAMTC, Araújo Brito, publica uma resposta a esta carta no site desta associação com data de 6 de Abril de 2008. Aí considerava que a Carta Aberta à Ministra da Saúde constituía «um insulto a esta Associação e aos seus Órgãos Sociais, atingindo necessariamente todos os associados e a mim mesmo»¹⁸². Menciona que, num site da internet, Pedro Choy referia que a história da MTC em Portugal teria começado na década de 1980, o que comenta:

Engana-se aquele senhor, já que por meados dos anos sessenta do mesmo século se deu o início em Portugal da prática moderna daquela Medicina, pela mão do Mestre Araújo Ferreira que regressado a Portugal vindo da Europa, onde foi discípulo do Mestre Eduardo Juveni e de ter estabelecido padrões de ensino com o muito reputado Mestre Nguyen Van Nghi, logo tomou discípulos e iniciou a divulgação da MTC – Acupunctura.

De notar que de entre os seus discípulos de então faziam parte médicos convencionais (honra lhes seja feita), licenciados em diversas áreas científicas e até oficiais de Marinha.

Tive o privilégio de me encontrar entre estes e muito provavelmente ser hoje o acupuntor mais antigo do país em exercício continuado.

Refere então a fundação da Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural (APMA) no início dos anos oitenta pelo impulso do Mestre Araújo Ferreira. E comenta:

Claro que com a idade que tem, o Snr. Choy não poderia estar a par deste apontamento histórico do século passado e do «quem é quem» na Acupunctura nacional, e se o soube nunca o quis revelar.

Citando a Carta Aberta, em que os membros da APPA chamam a si «a responsabilidade de, hoje em dia, se ouvir falar tanto de Acupunctura em Portugal», comentava:

Bem, vamos lá mais devagar meus caros senhores, as entrevistas na rádio, na televisão e nos jornais, as intervenções em congressos não afectos à medicina não convencional, os cerca de quarenta anos duma luta sem tréguas em que muitos de nós arriscámos a nossa qualificação científica Universitária, a reputação, a ida para a prisão, etc. etc. etc., isso pelo que parece não significou nada! [...] Será o que importa para a dignidade duma profissão médica é a aplicação de agulhas num programa televisivo da «chalaça» em que alguém é picado como exibição do tipo Vilar de Perdizes?

Ou talvez a propagação de inúmeras clínicas com um nome pessoal pelo país fora, lembrando outras célebres clínicas de cariz convencional, será a melhor propaganda da Medicina Tradicional Chinesa?

Talvez a criação dum mito pelos «media», sabe-se lá como, isso sim seja o mais importante? [...] Aceito que muito foi divulgado, mas feito em proveito dum grupo de clínicas...

¹⁸²Comunicado do Presidente da Mesa de Assembleia Geral da Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC) - Resposta ao Dr. Pedro Choy, <http://www.apamtc.org> (último acesso em Outubro de 2010).

parlamentar de esquerda, pela voz do BE, e conseguiu estabelecer uma rede social com algumas figuras públicas na área dos meios de comunicação social, como é o caso da apresentadora de televisão Fátima Lopes do canal televisivo SIC, que foi sua paciente, como admite publicamente, e tem muita facilidade em aparecer em alguns meios de comunicação social¹⁸³, o que não sucede com os denominados pioneiros.

Num programa televisivo de 4 de Agosto de 2010, na edição da manhã da SIC Notícias, Pedro Choy foi convidado a falar sobre medicina tradicional chinesa¹⁸⁴. Nesta entrevista televisiva, apresenta a Universidade de Medicina Chinesa que dirige (UMC) como a única universidade de MTC com reconhecimento oficial do governo chinês, o único pólo de uma universidade chinesa (Chengdu) a nível internacional. Relembre-se que a Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC), dirigida por José Faro, também tem a sua licenciatura reconhecida por uma universidade chinesa (Nanquim),¹⁸⁵ mas esta parceria não tem o aval directo do governo chinês nem a ESMTC tem o estatuto de pólo da universidade que confere o grau. Opera-se assim uma diferenciação relativamente aos «pioneiros», baseada num superior capital simbólico de reconhecimento da formação.

Mas esta diferenciação prossegue para terrenos mais fundamentais, que reeditam o argumento da superioridade epistémica – o carácter científico – deslocando-o para o interior da MTC (e, por extensão, das MAC no seu todo):

A medicina chinesa é uma ciência para todos os efeitos, ou seja, não tem nada de místico nem de mágico, aliás essa foi uma das minhas difíceis tarefas porque quando comecei a exercer em Portugal a medicina chinesa estava ligada a práticas esotéricas, tipo quiromancia, astrologia [...] são práticas contra as quais nada tenho mas que não têm absolutamente nada a ver com a medicina chinesa. E então houve necessidade de desmistificar e de fazer as pessoas perceber que se trata efectivamente de uma ciência, de uma ciência eficaz, efectiva, clara, concreta que não tem nada de místico nem de mágico e por isso aprende-se em universidades.¹⁸⁶

De modo homólogo ao discurso biomédico, este excerto esquematizado abaixo na Figura 6, adopta uma estratégia discursiva que opõe «cientificidade» a «esoterismo»: no seu discurso o curso de Medicina Chinesa ministrado na sua escola é o científico e a sua acção é desmistificadora, por oposição a cursos antecedentes com práticas esotéricas e instituições onde a astrologia é valorizada, que não são científicos e constituem mistificações – refere-se

¹⁸³ Pedro Choy tem um canal no Youtube onde podem ser vistas algumas das suas presenças em programas televisivos: <http://www.youtube.com/user/PedroChoy>. Actualmente escreve regularmente uma coluna na Revista *Nova Gente*.

¹⁸⁴ <http://www.youtube.com/watch?v=7KcMWbCDiSA> (último acesso em Outubro de 2010).

¹⁸⁵ <http://esmtc.pt/index.php?option=content&task=view&id=36&Itemid=68> (último acesso em Outubro de 2010).

¹⁸⁶ <http://www.youtube.com/watch?v=7KcMWbCDiSA>, 1'15" (último acesso em Outubro de 2010).

à ESMTC e aos «pioneiros». Note-se, aliás, que a universidade de Pedro Choy se intitula de Medicina Chinesa, por oposição à ESMTC, que se reivindica de um modelo «tradicional». Também neste aspecto, a diferenciação que assim se realiza estabelece uma fronteira, numa estratégia mais uma vez semelhante às estratégias dos médicos, neste caso, dos médicos acupunctores (cf. capítulo 2, secção 2.2.3).

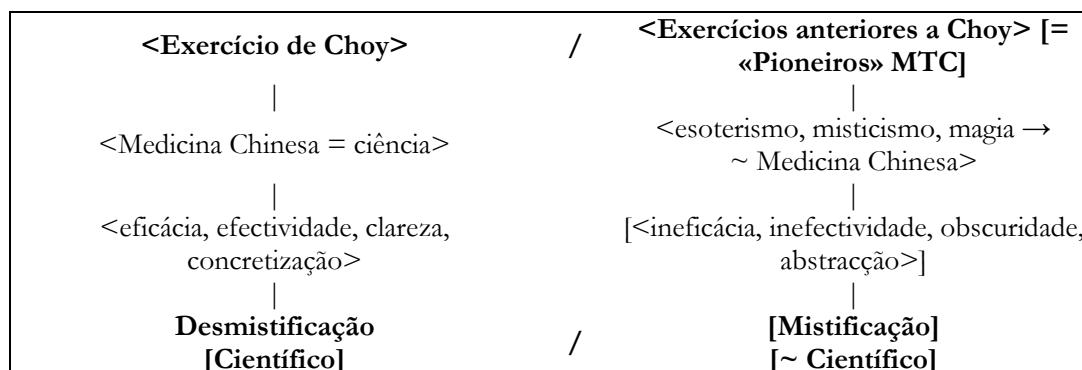


Figura 6 - Análise estrutural do discurso de Pedro Choy sobre a MTC

Relativamente à regulamentação, critica a morosidade do processo e acrescenta:

Eu penso que existem lóbis poderosos que não têm interesse nenhum em que a medicina chinesa se desenvolva na Europa sob risco de perderem muito dinheiro e esses lóbis poderosos... têm poder, têm poder de influenciar inclusivamente a decisão. A dada altura, quando as pessoas, mesmo sendo membros do Estado que têm vontade de resolver os problemas, às vezes não conseguem porque sofrem pressões.¹⁸⁷

Este excerto do discurso de Pedro Choy é principalmente dirigido aos lóbis da biomedicina, médico e farmacêutico e, indirectamente, a todos os que participaram activamente no processo de regulamentação da lei portuguesa de 2003, dos decisores políticos aos «representantes» das MAC. Mas avança ainda uma outra questão, a da necessidade de integrar a medicina chinesa no Sistema Nacional de Saúde (SNS), invocando recentes orientações da OMS para que se integre a medicina chinesa nos sistemas nacionais de saúde de modo a promover a saúde para todos a mais baixo custo.

No trabalho de campo realizado foi possível observar que, mais recentemente e apesar de a regulamentação não estar concluída, se desenvolveram reivindicações por parte dos profissionais das MAC no sentido da sua entrada no SNS. Para além de ter sido referido por dois terapeutas no trabalho de campo, essa mesma reivindicação foi feita no Congresso do Conselho Federativo em 14 de Março de 2010 (6º Congresso Mundial de

¹⁸⁷ <http://www.youtube.com/watch?v=7KcMWbCDiSA,7'10> (último acesso em Outubro de 2010).

Naturopatia e Medicinas não Convencionais), por parte de um dos representantes das MAC na CTC, que estavam aí presentes, à excepção do Representante da Acupunctura.

Embora as declarações de Pedro Choy sejam, primeiro que tudo, reivindicações para que seja reconhecida a medicina chinesa, correspondem igualmente a uma mais recente expectativa por parte dos profissionais das MAC, possibilidade que foi descartada durante o processo legislativo, como vimos, mas que surge agora como um objectivo a alcançar pelos profissionais das MAC após a regulamentação da Lei nº 45/2003 e o reconhecimento das suas profissões como profissões de saúde, com direitos equiparáveis – ou seja, a capacidade legal de captar o potencial acréscimo de procura efectiva deorrente de uma futura comparticipação dos tratamentos pelo SNS.

Entretanto, como vimos, os médicos acupunctores desenvolvem já estratégias que visam a oferta de tratamentos de acupunctura médica no Sistema Nacional de Saúde.

Em conclusão, o processo de institucionalização das MAC e do respectivo mercado em Portugal não está ainda concluído, nem se prevê, na presente data, quando poderá a Lei nº 45/2003 ser regulamentada pelo Estado. Como procurámos demonstrar, com maior enfoque no caso da acupunctura, a falta de normas reguladoras do mercado de formação e de saúde na área destas medicinas tem efeitos na concorrência entre os diversos agentes sociais em presença.

Num primeiro aspecto, esta falta de regulamentação privilegia a oferta de serviços de acupunctura médica pelos profissionais credenciados, principalmente os médicos, mas também os enfermeiros e outros profissionais subordinados à biomedicina. Os médicos, durante os mais de sete anos que decorreram desde a publicação da Lei nº 45/2003, têm vindo a desenvolver a formação e credenciação em acupunctura médica e a ganhar espaço no mercado da saúde, nomeadamente no Serviço Nacional de Saúde, ao abrigo da concorrência dos terapeutas não credenciados.

Noutro aspecto, o modo como todo o processo se desenrolou favoreceu a divisão entre os terapeutas. Embora estas divisões estivessem presentes antes do início da regulamentação da lei, o processo veio favorecer o conflito e a divisão entre os terapeutas, mais especificamente, entre os acupunctores.

Entretanto, na ausência de normas de regulação do mercado, os pioneiros ou os que já estavam há mais tempo implantados no mercado, têm de concorrer com a «segunda vaga» de concorrentes, de que Pedro Choy é a face mais visível e que possui uma cada vez maior implantação no mercado não legítimo da saúde. Mas tanto os «pioneiros» como os

dessa «segunda vaga», actualmente implantados no mercado, terão ainda de concorrer com todos os terapeutas de medicinas ou terapias alternativas ou complementares cuja oferta de serviços tem aumentado num mercado em crescimento, os novos «desafiadores», sem poderem monopolizar o mercado relativamente a estes por não disporem de normas sancionadas pelo Estado com base nas quais os possam excluir da oferta.

A regulação deste mercado, inicialmente considerado como um problema de saúde pública, permanece inexistente. Não tendo sido concluído este processo, este capítulo termina sem um verdadeiro fim. O futuro está por escrever e poderíamos dizer, como nas séries em que tudo se suspende: continua...

Conclusões

O primeiro aspecto que nos parece pertinente recordar nas conclusões da presente investigação é o da utilização heurística e interpretativa da noção de processo, adoptada nas orientações metodológicas da investigação mas também na definição do objecto científico em estudo e na forma narrativa de escrita da dissertação (cf. capítulo 1, secção 1.2). Tendo em conta esta forma de apresentar os resultados, procuraremos agora agregar e sistematizar algumas das características desse processo que fomos descrevendo ao longo do texto.

1. Uma primeira conclusão que ressalta da descrição do processo de institucionalização das medicinas alternativas e complementares em Portugal é a de que este é um processo essencialmente reactivo, tanto ao nível das características internas do caso português como na relação entre o nacional e o global. Denominamos este processo de reactivo no sentido em que a maioria das acções dos agentes sociais se desenrola de modo encadeado, em que os agentes sociais agem em função de acções anteriores e das situações que vão sendo produzidas e menos em termos de acções autónomas.

O processo de institucionalização das MAC em Portugal apresenta um carácter reactivo na relação entre o nacional e o global, pelo facto de adoptar como referentes determinantes pressões exógenas de instâncias internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, a União Europeia, bem como os sistemas legislativos dos países europeus mais desenvolvidos. Neste sentido, quer o Estado português, quer os partidos políticos, procuram uma imagem do colectivo que acompanhe uma ideia internacional de modernidade. Isso não exclui que efectivamente haja um processo de difusão das MAC a que o país não está imune, processo que existe e continua em progressão; e visto que o país faz parte destas instâncias internacionais, com destaque para a União Europeia, será natural que se procure acompanhar as orientações dirigidas aos Estados-membros, mesmo as que não têm carácter vinculativo. Em todo o processo legislativo se nota a importância dessas orientações normativas, num movimento de cima para baixo, do global para o nacional.

Ao nível nacional, vimos como os profissionais das MAC tinham feito reivindicações anteriores a 1999 no sentido da sua profissionalização, mas estas tinham sido relativamente anódinas do ponto de vista da sua institucionalização no mercado legítimo da saúde; visavam o reconhecimento profissional junto do Ministério do Trabalho, não

propriamente uma regulação completa e total de um mercado legítimo regulado pelo Estado. Como observado, as estratégias desenvolvidas desde os anos setenta para o reconhecimento da profissão, de constituição de associações profissionais e de aquisição de uma categoria própria na classificação nacional das profissões em 1994, permitiam-lhes desenvolver a sua actividade num regime que era reconhecido pelo sistema judicial e pelas entidades estatais que regulam o trabalho e a colecta fiscal (cf. capítulo 4, secções 4.1.2 e 4.1.3). Assim acabara por se constituir, paradoxalmente, uma base legal para a prestação profissional de serviços de saúde, fora do mercado legítimo da saúde. Entretanto, a composição social da procura das MAC indicia que o potencial de expansão da procura efectiva dependerá da sua incorporação no Serviço Nacional de Saúde, logo, da legitimação legal como mercado de serviços de saúde (cf. capítulo 3, secção 3.1).

Assim, a mobilização dos profissionais das MAC enquanto movimento social surge fundamentalmente como reacção à perturbação desse *modus vivendi* pela tentativa de monopolização legal do mercado de serviços de saúde desenvolvida pelos médicos e pelo governo em 1999, com o Decreto-Lei que visava a regulamentação do acto médico. Os profissionais das MAC não possuíam modalidades normativas para se defenderem desse ataque monopolista, em que estavam em causa a sua exclusão e a possibilidade de lhes ser retirada a liberdade de exercício que detinham num mercado paralelo de saúde. É a percepção dessa ameaça que desencadeia a organização dos profissionais das MAC num movimento social com vista ao seu reconhecimento como profissionais de um mercado de saúde legitimado e regulado pelo Estado.

Do ponto de vista da situação profissional dos médicos, essa tentativa para monopolizar o mercado de serviços da saúde em geral, e o das MAC em particular produziu efeitos inesperados e contrários aos intencionalmente pretendidos, visto ter desencadeado a reacção conjunta de todos os profissionais afectados pela ameaça de exclusão ou de perda de autonomia, e mobilizado as alianças políticas que, a um tempo, bloquearam a legislação do acto médico e lançaram a discussão da regulamentação das MAC. O decreto sobre o acto médico de 1999 constituiu assim uma alavanca para o surgimento de um movimento social entre os profissionais das MAC. Observámos que se tinha constituído uma organização social anterior a este movimento, em associações profissionais, de carácter mais abrangente (as federações) ou mais especializadas em determinadas MAC. No entanto, observou-se a existência de divisões entre os terapeutas, reflectindo as diferenças disciplinares e as fases de entrada no mercado, divisões que existem também ao nível das redes sociais estabelecidas e respectivas configurações, que só

seriam ultrapassadas em dois momentos cruciais na mobilização pela luta dos seus interesses profissionais.

O primeiro momento foi o da criação da «Convenção dos Parceiros da Área da Saúde Natural» em 1999, que agregou 24 associações de terapeutas e outros agentes do mercado das MAC e se constituiu como grupo de pressão desenvolvendo acções nos meios de comunicação social, junto da Presidência da República e da Assembleia da República, onde entregou uma Petição com mais de 6.000 assinaturas provenientes de todas as profissões e meios sociais, recolhidas num curto período de tempo durante o intervalo temporal de férias¹⁸⁸, o que dá conta da capacidade de mobilização dos terapeutas e permite inferir da extensão das suas redes sociais na sociedade portuguesa.

Os médicos vieram a reagir durante o processo legislativo com uma nova tentativa para legislar o acto médico, mas o processo tornara-se irreversível. Neste sentido, toda a mobilização social que o decreto sobre o acto médico engendrou e o subsequente veto presidencial constituíram um momento de viragem do processo de institucionalização.

Em consequência, os médicos vêm por sua vez a desenvolver algumas estratégias reactivas. Na impossibilidade de reverterem o processo em curso de legislação sobre as MAC, embora tenham feito tentativas para o impedirem, procuram limitar a legalização destas medicinas àquelas que podem reduzir a técnicas complementares da biomedicina, e conseguem mobilizar alianças em alguns partidos políticos para influenciarem o processo legislativo no sentido de legalizar a técnica das MAC que pode ser mais directamente incorporada na biomedicina – a acupunctura – e de excluir do mercado legítimo os sistemas médicos alternativos em competição com a biomedicina.

Ao mesmo tempo que desenvolviam estratégias defensivas no plano sociopolítico, no plano profissional desenvolviam estratégias mais ofensivas relativamente à apropriação biomédica da acupunctura, com a criação de uma Competência Médica na Ordem dos Médicos e a criação da Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura (SPMA), a partir da qual criaram e expandiram formações pós-graduadas nesta técnica dirigidas a médicos e legitimadas pelo Estado, que lhes garantiu uma vantagem concorrencial face aos terapeutas detentores de formações exteriores ao sistema biomédico e não legitimadas pelo Estado.

O segundo momento de mobilização em bloco dos profissionais das MAC surge precisamente como reacção à tomada de conhecimento, através das suas redes

¹⁸⁸ O diploma do acto médico foi publicado pelo Conselho de Ministros a 29 de Julho de 1999 e a Petição deu entrada na Assembleia da República a 20 de Setembro de 1999.

sociopolíticas, da capacidade de *lobbying* dos médicos, que tinham conseguido influenciar o processo legislativo no sentido de a medicina tradicional chinesa ser excluída da lei e substituída pela legalização isolada da técnica de acupunctura. Previa-se ainda a exclusão do potencial mercado legítimo das MAC de um outro sistema médico alternativo, o da naturopatia. Na sequência, os terapeutas destes dois sectores organizaram-se uma vez mais para a recolha de mais de 80.000 assinaturas de apoio a uma nova Petição a favor da legislação da medicina tradicional chinesa e da naturopatia, que deu entrada na Assembleia da República seis dias antes da discussão plenária em que seriam aprovados na generalidade os Projectos-Lei que estiveram na base da Lei nº 45/2003.

Se a naturopatia veio a ser incluída nas «terapêuticas não convencionais» reconhecidas legalmente pelo Estado, o mesmo não sucedeu com a medicina tradicional chinesa, pelo que podemos afirmar que se os médicos não tinham ganho o direito de monopólio sobre o mercado da saúde e de exclusão das MAC, ganharam o processo legislativo na capacidade de o influenciar para que fosse aprovada a acupunctura, susceptível de ser apropriada e incorporada na biomedicina, e para que não fosse aprovado o sistema médico concorrente e alternativo num mercado legítimo das MAC, a medicina chinesa.

Os profissionais de MAC, no decurso do processo de regulamentação da lei, inviabilizado pelo abandono da representação dos médicos, não detêm ainda hoje reconhecimento legitimado pelo Estado da sua formação nem das suas habilitações profissionais. Ao longo do período de regulamentação, que dura há mais de sete anos sem data prevista para a sua conclusão (à data de escrita, Outubro de 2010), os médicos desenvolveram uma estratégia bem sucedida de apropriação dos mercados da acupunctura, pela incorporação desta enquanto técnica no enquadramento da biomedicina, progressivamente mais diferenciada do seu enquadramento médico de origem, o que se traduz na oposição entre «modelo tradicional» e «modelo contemporâneo» actualmente defendida pela SPMA e na consolidação teórica da «acupunctura médica» fundamentada no regime científico biomédico. Criaram novos mercados legítimos de serviços e de formação na área da acupunctura, desenvolveram a oferta de serviços da biomedicina nessa área, não somente no regime de clínica privada mas também no âmbito no Serviço Nacional de Saúde, e alcançaram uma significativa expansão da oferta, tendo em conta o período temporal considerado. Conseguiram, desta forma, não só defender-se da potencial usurpação (no sentido da teoria neo-weberiana das profissões) de parte do mercado legítimo de serviços da saúde pelos terapeutas da acupunctura, como efectuar eles próprios

uma dupla usurpação: a dos mercados dos serviços e da formação na área da acupunctura, parte dos quais passam a ser capturados pelos mercados legítimos da saúde, de que a oferta biomédica mantém ainda a exclusividade.

Um último aspecto em que o processo de institucionalização das MAC revela um carácter essencialmente reactivo e contingente é na forma jurídica final, que decorre de momentos anteriores de intervenção do Estado nesta matéria mas igualmente do próprio processo legislativo, que reflectem as configurações de relações e de poder em disputa. Referimo-nos ao modo como a Lei de Bases das Terapêuticas Não Convencionais estabelece quais as MAC que são consideradas legítimas e os princípios orientadores de uma regulamentação da lei a realizar *a posteriori* por uma Comissão.

Como vimos, tanto no caso americano (cf. capítulo 3, secção 3.2.1), como no caso britânico (Saks 2003, 2009) como ainda em processos legislativos noutros países (cf. capítulo 3, secção 3.2.4) surgiu primeiro uma comissão ou um ou mais organismos de iniciativa estatal, envolvendo representantes das várias partes e encarregados de analisar a questão das MAC nas suas várias dimensões. Estas entidades ou comissões foram criadas com o objectivo de elaborar os termos regulamentares a partir dos quais se procedeu posteriormente à elaboração de legislação.

Em Portugal existiu também uma Comissão anterior ao decreto do acto médico, o Grupo de Trabalho Interdisciplinar que funcionou na Direcção-Geral de Saúde, criado por despacho do Ministério da Saúde em 16 de Abril de 1999, (cf. capítulo 4, secção 4.2.1). Mas este grupo de trabalho era formado exclusivamente por peritos das áreas da biomedicina; as associações de terapeutas não tiveram participação nos trabalhos desta Comissão que apenas elaborou um Relatório, onde se explanavam as posições dos profissionais das áreas da biomedicina. Este Relatório viria a ser amplamente referido no processo legislativo como antecedente de elaboração normativa, mas não constavam dele orientações normativas susceptíveis de serem traduzidas em normas de legalização das MAC, a não ser a de colocar os terapeutas sob a autoridade e a supervisão biomédicas e o elenco de medicinas alternativas e complementares sobre as quais deveriam ser elaboradas normas. Este Grupo de Trabalho surge como um produto da aliança entre o poder governamental e as profissões biomédicas, e menciona já a necessidade da regulamentação do acto médico, publicada pelo Governo cerca de três meses depois da sua criação (29 de Julho de 1999).

Daqui decorre, assim como do facto de a iniciativa legislativa de 2003 surgir na sequência dos acontecimentos desencadeados pelo diploma do acto médico, que o

processo legislativo se processou sem apoio de orientações normativas consolidadas em sistemas periciais reconhecidos por todas as partes envolvidas, e se desenrolou em consonância com as relações de forças entre os partidos políticos que, por sua vez, se encontram em conexão com os grupos profissionais em luta pela constituição das normas segundo os seus interesses.

Assim, a lei constituiu-se como uma «Lei de Bases» e reenvia a regulação normativa mais específica para uma Comissão a criar sob tutela do Estado – a CTCTNC –, à qual competiria a regulamentação da lei mas que, até à data não publicou a regulamentação prevista. Na constituição desta Comissão Técnica Consultiva, assim como nos problemas de funcionamento que vieram a surgir, emergem as lutas profissionais entre a área da biomedicina e a área das MAC, mas também as divisões entre os profissionais das MAC, que não podemos considerar como uma categoria única mas como várias categorias socioprofissionais, à excepção dos momentos cruciais em que se organizaram defensivamente como movimentos sociais, como anteriormente referido.

2. A legalização da acupunctura, a par da exclusão da medicina tradicional chinesa do mercado legítimo, coloca outros problemas que contribuíram para a forma como se desenrolou o processo de institucionalização das MAC se desenrolou. O efeito mais importante foi o de trazer a competição pela norma oficial para o seio da divisão disciplinar entre diferentes acupuncturas, enquadradas em sistemas médicos alternativos ou complementares. Por outro lado, reconduziu para essa competição a divisão entre detentores *versus* desafidores na configuração dos mercados paralelos das MAC.

A proposta de regulamentação apresentada a discussão pública constituía na prática uma proposta de regulamentação da medicina tradicional chinesa segundo a interpretação do Representante das MAC na comissão de regulamentação, José Faro, que faz parte dos terapeutas há mais tempo implantados no mercado; quer dizer, permitiu o desenvolvimento de uma estratégia de legitimação por parte destes que excluiria do acesso imediato ao potencial mercado legítimo uma parte dos desafidores, nomeadamente, os profissionais formados e agrupados em torno de Pedro Choy.

Por efeito, estes últimos vieram a organizar-se em aliança com os profissionais das acupuncturas de enquadramento médico diferente, a coreana e a japonesa, no sentido de retirar ao Representante a legitimidade de representação. Eclodiu assim uma autêntica «guerra da acupunctura», que contribuiu para o atraso do processo de regulamentação da

Lei, deixando o campo livre para a apropriação biomédica acima invocada; de novo, um mecanismo de «feito perverso» que, ao conduzir à fragmentação concorrencial no campo das MAC, fortaleceu correlativamente o campo biomédico e favoreceu o impasse da regulamentação que objectivamente o beneficia.

3. Destaca-se no processo de institucionalização em análise a importância das organizações profissionais na acção colectiva, no sentido de influenciar o processo de constituição de normas formais, antes e depois da sua passagem para o foro legislativo. Por outro lado, no processo legislativo pudemos inferir a existência de redes sociais entre essas organizações e entre elas e as organizações partidárias, bem como dar conta da sua capacidade de influência na constituição de normas formais sancionadas pelo Estado. Como nos foi dado referir, as lutas profissionais transferem-se para o processo legislativo, nomeadamente através dessas redes. O processo legislativo apresenta-se dessa forma como um processo de competição pela institucionalização da norma formal em função das oportunidades e das ameaças percebidas em cada momento do processo, segundo os interesses dos actores e as relações de força entre eles estabelecidas.

Embora não nos tenha sido possível fazer prova pormenorizada da composição das redes sociais dos profissionais em competição pela norma, por limites objectivos de informação impostos no decurso da investigação; pudemos, ainda assim, traçar em moldes gerais os alinhamentos partidários relativamente aos interesses dos profissionais em luta pela formalização normativa. Assim, durante o processo legislativo, à direita do espectro político, do seu extremo ao seu centro, temos um alinhamento com as posições dos profissionais da biomedicina. À esquerda, o desenho destes alinhamentos é menos linear: se em termos gerais, do centro aos extremos, há uma posição crescentemente mais favorável aos interesses dos terapeutas, surgem matizes políticos. Nomeadamente, o Partido Socialista, que domina o executivo, tem uma posição intermédia, procurando conjugar interesses da biomedicina com interesses das medicinas alternativas e complementares. O Bloco de Esquerda, pelo contrário, defende directamente os interesses dos terapeutas por oposição aos interesses da biomedicina.

Mas entre estes dois partidos políticos há outras diferenças de posição que podemos relacionar com diferenças nas redes sociais das diferentes configurações entre os terapeutas, e especificamente na área da acupunctura, em que é mais intensa a conflitualidade social, que vão reverter para o processo de regulamentação. O governo do

Partido Socialista favoreceu os terapeutas detentores, há mais tempo implantados no mercado, representados por José Faro, em oposição aos terapeutas da primeira vaga de desafidores, representados por Pedro Choy que ficaram fora da Comissão sob tutela do Estado com poderes de regulamentação, vindo a contestá-la activamente.

O Bloco de Esquerda, na oposição ao governo socialista e com uma rede social aparentemente mais intensa com essa primeira vaga de desafidores, tende a representar estes, muito embora no momento de conflito exacerbado, da discussão pública da regulamentação, iniciada em Abril de 2008, venha a procurar constituir-se como intermediário entre as diversas configurações de terapeutas, organizando uma Audição Pública Parlamentar, procurando captar o papel de intermediação política que o Executivo do Partido Socialista não lograra alcançar por meio da CTCTNC.

Se as oposições entre partidos políticos reflectem oposições entre agentes sociais em competição pela institucionalização da norma formal, onde se entrecruzam as convicções ideológicas, o jogo político e as redes sociais predominantes de cada partido, o resultado do processo pode ser visto como o resultado das relações de força entre os diversos grupos de profissionais no momento actual do processo de institucionalização das MAC em Portugal, mediado pelas relações de força entre o partido do governo e os partidos das diferentes oposições na gestão política do processo.

4. Em conformidade com as orientações teóricas e metodológicas adoptadas procurámos, ao longo da dissertação, dar conta das configurações de agentes sociais e das suas organizações no processo de institucionalização das MAC. Procuramos agora sistematizar alguns momentos cruciais dessas configurações, apresentando algumas figuras que permitem a sua apreensão esquemática. A análise das configurações derivada da análise processual parece-nos constituir um modo aproximado de operacionalizar a perspectiva da incrustação, tal como defendida por Granovetter ([1985] 2003), com os desenvolvimentos de outros autores, nomeadamente na relação entre normas formais e informais, no papel determinante das organizações na relação com os sistemas de poder, nomeadamente o Estado.

Nos esquemas apresentados destas configurações, teremos em conta os profissionais das MAC e respectivas associações, com referência somente aos mais importantes no processo e com enfoque na área da acupunctura e da medicina tradicional chinesa, assim como os profissionais da biomedicina. Importa salientar que não são

somente os médicos que se encontram na luta profissional pelo mercado das MAC. Ao longo do trabalho de campo foi possível verificar que algumas profissões da saúde, com especial relevância para os enfermeiros e fisioterapeutas, se encontram, igualmente em processo de implantação no mercado das MAC. Fizemos anteriormente referência ao curso de pós-graduação promovido por Pedro Choy numa parceria com uma Universidade pública, dirigidos a enfermeiros; acrescente-se que na mais recente nomeação dos membros da CTC, consta um profissional de enfermagem. No entanto, não desenvolvemos na presente dissertação esta linha de investigação por motivos de delimitação do objecto de estudo, por se tratar de uma vasta área de estudo que merece investigação mais aprofundada e especificamente dirigida.

Há que mencionar, uma vez mais, que Pedro Choy desenvolve estratégias activas de aliança com os profissionais da biomedicina: para além da referida pós-graduação na Universidade de Évora para enfermeiros, são conhecidos casos de médicos que frequentaram as suas formações de curta duração e que praticam nas suas clínicas. Por outro lado, como também já mencionámos, o dirigente de uma das associações que surge em aliança com Pedro Choy, a Associação Nacional de Acupunctura (ANA) leccionou no curso da SPMA no ICBAS. O momento do processo de discussão pública da Regulamentação em 2008 vem tornar visíveis essas relações.

Num primeiro momento, anterior ao decreto da Acto Médico, temos uma aliança na área da biomedicina, que em conjunto com o Governo do Partido Socialista elaboram orientações normativas contrárias aos profissionais das MAC, expressas no Relatório do Grupo de Trabalho da Direcção-Geral de Saúde. Consequentemente, o executivo do Partido Socialista encontra-se em oposição aos profissionais das MAC. Anterior a este é a oposição entre os médicos e os vários profissionais das MAC que se traduzia em processos judiciais. Os profissionais das MAC encontram-se divididos entre os pioneiros e a primeira vaga de desafidores, divisão aqui representada pela oposição entre a APADA e a APMTC (Figura 7).

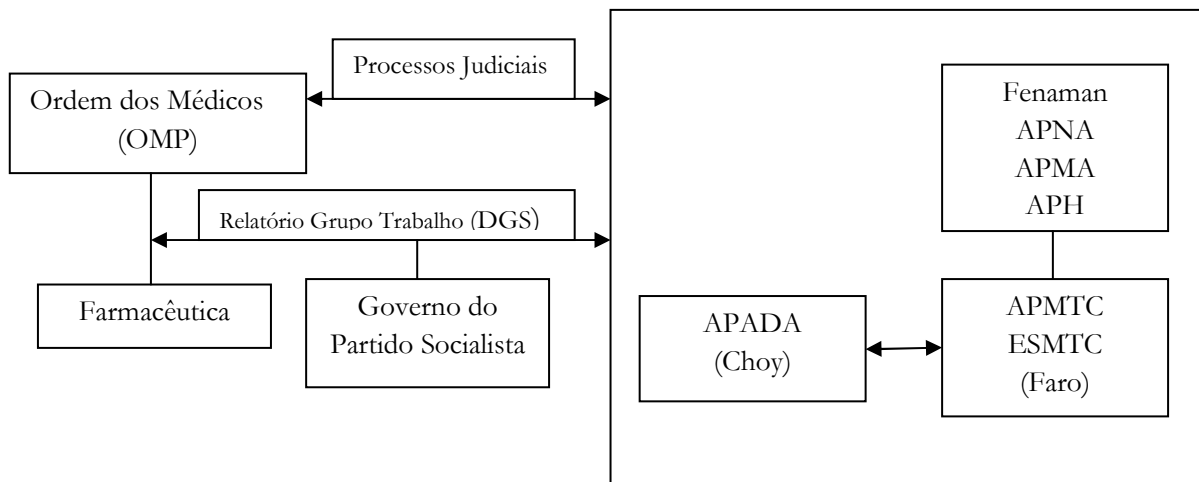


Figura 7 - Esquema da configuração anterior ao decreto do Acto Médico.

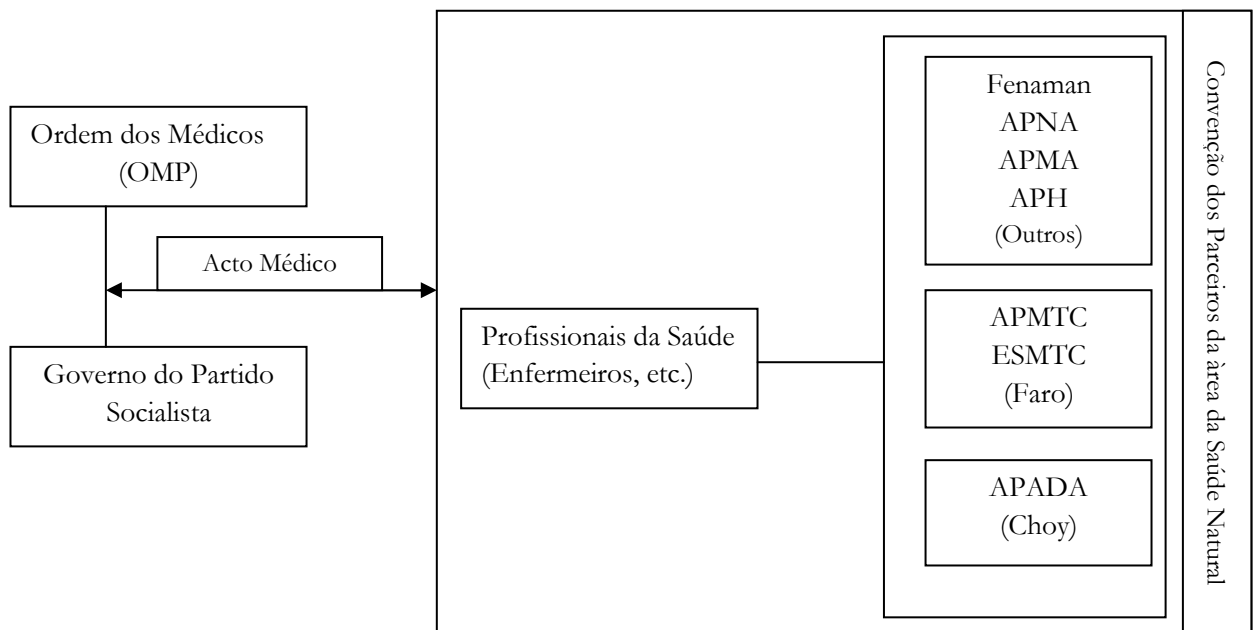


Figura 8 - Esquema da configuração na sequência do decreto do Acto Médico (1999).

A Figura 8 põe em evidência a alteração da configuração na sequência do decreto do acto médico. Um efeito assinalável é a conjunção da APADA com as restantes associações e profissionais das MAC, que antes se encontravam em oposição. Outro efeito é o da conjunção dos profissionais de saúde não médicos da biomedicina com os profissionais das MAC. Em oposição, quer aos profissionais não médicos como aos

profissionais das MAC, encontram-se os médicos, por meio do decreto do acto médico, publicado em aliança com o executivo do Partido Socialista.

Veremos de seguida dois outros momentos do processo a que correspondem alterações no sistema de configurações. No processo legislativo, primeiro, e durante a regulamentação pela CTCTNC, num segundo momento de alteração das configurações.

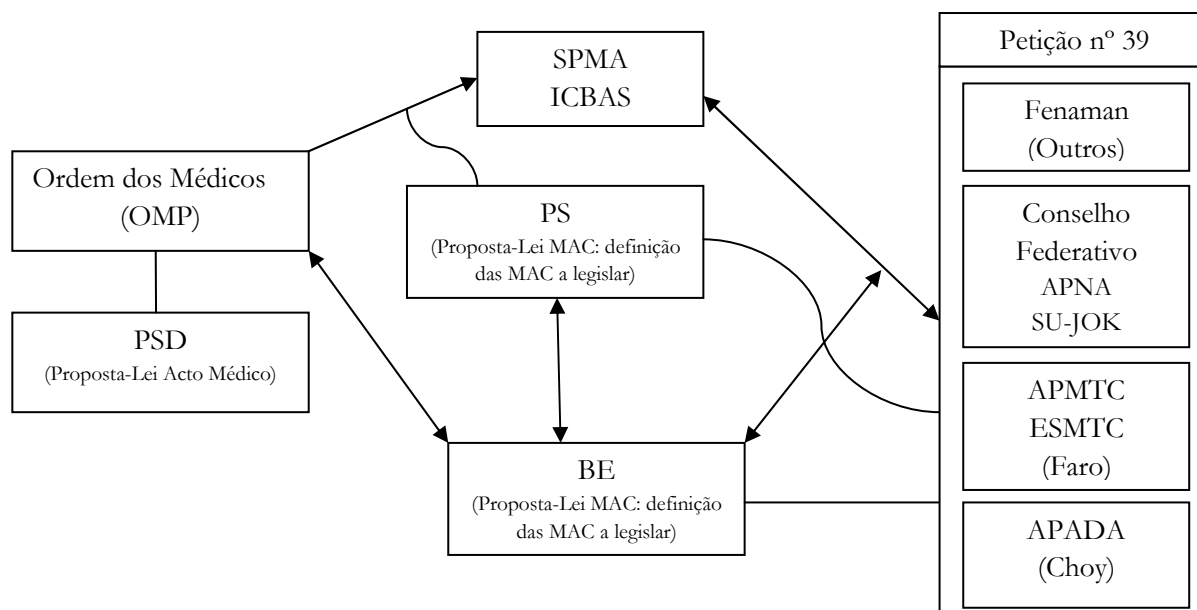


Figura 9 - Esquema da configuração durante o processo legislativo (1999-2003).

Durante o processo legislativo temos uma complexa rede de relações (Figura 9). Nesta configuração, os médicos e a sua organização profissional criam a SPMA numa estratégia de incorporação da acupuntura no sistema biomédico. Pela definição de MAC adoptada no seu projecto de lei, o Partido Socialista encontra-se em conjunção com esta estratégia, mas também está em conjunção com os profissionais das MAC ao pretender legalizar parte destas medicinas. Em conjunção exclusiva com os médicos e a sua organização profissional está o Partido Social Democrata, que apresenta a proposta legislativa do acto médico na Assembleia da República. O Bloco de Esquerda está em oposição à Ordem dos Médicos nas fundamentações dos seus projectos de lei e na definição de MAC a legislar, procurando descartar a estratégia de redução da acupuntura a uma técnica terapêutica e legislar os dois sistemas médicos alternativos ao da biomedicina, o da naturopatia e o da medicina tradicional chinesa, assim em conjunção

com os profissionais das MAC. Neste sentido, também se opõe ao Partido Socialista que procurava, na definição das MAC a legislar, excluir aqueles dois sistemas médicos. Face a esta situação de possível exclusão, os terapeutas surgem numa nova conjunção, mobilizando-se para além das suas divisões internas na apresentação de uma Petição.

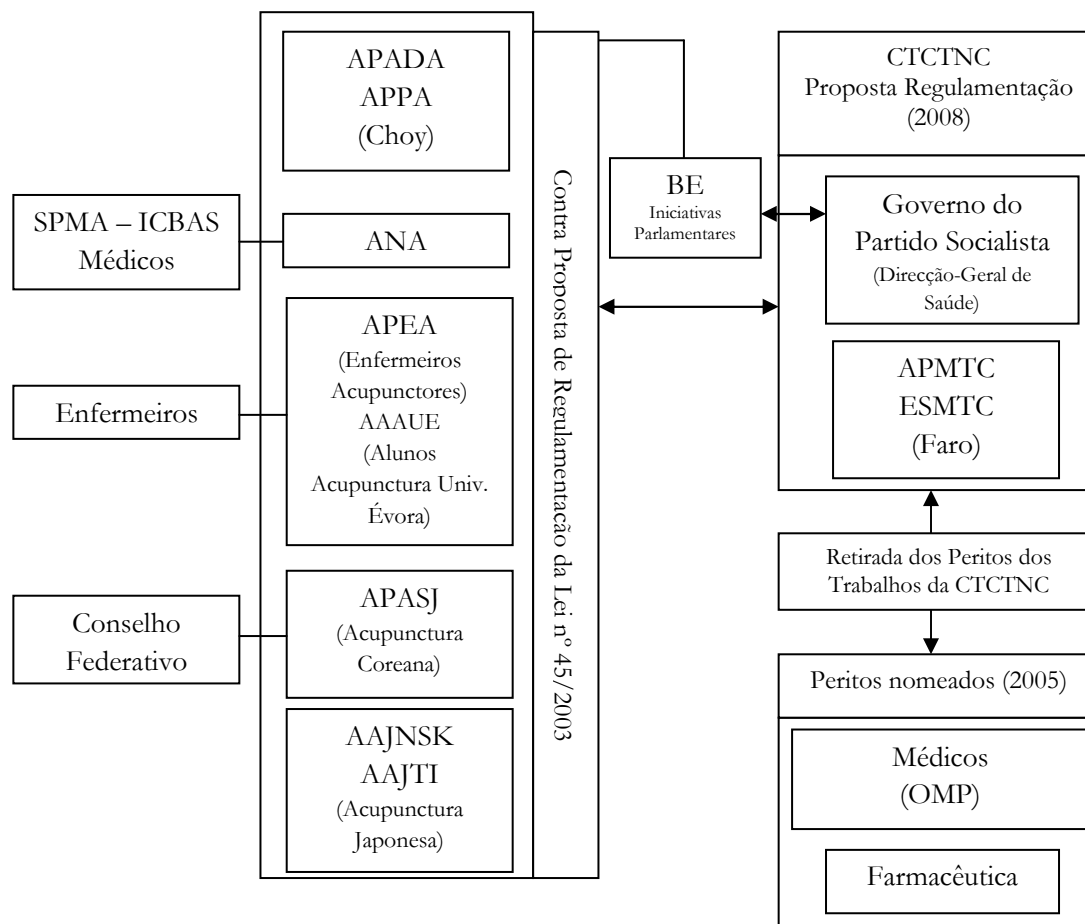


Figura 10 - Esquema da configuração na regulamentação da Lei (2005-2008).

Durante o processo de regulamentação emergem novas configurações (Figura 10). O executivo socialista encontra-se em conjunção com os pioneiros das MAC. Em oposição ao governo e em conjunção com os profissionais da acupunctura encontra-se o Bloco de Esquerda nas várias iniciativas parlamentares que desenvolve. O sector da biomedicina encontra-se em oposição à CTCTNC, retirando-se os peritos desta comissão. Também em oposição à Comissão estão os acupunctores da medicina chinesa da primeira vaga de desafidores, parte dos quais em relação com o sector biomédico, tanto os médicos como os enfermeiros. Surgem ainda as acupuncturas não pertencentes ao enquadramento da medicina tradicional chinesa, parte das quais estão alinhadas com o Conselho Federativo (em disjunção da Fenamen, aliada dos pioneiros, desde 2000); mas o traço mais importante

do surgimento deste grupo, tal como do grupo da acupunctura japonesa, é o das divisões disciplinares que fundamentam a nova relação de oposição intensa entre os terapeutas pioneiros e os da primeira vaga de desafiadores, já com implantação no mercado. Esta relação de oposição é traduzida na Contra-Proposta de Regulamentação apresentada relativamente à Proposta de regulamentação de 2008 da CTCTNC e subsequentes lutas pela redefinição da Comissão.

5. Conforme explicitado no enquadramento teórico da investigação (cf. capítulo 1, secção 1.1), recorreremos às propostas teóricas de Fligstein ([1996] 2003) sobre os processos de disputa entre detentores e desafiadores na competição por um dado mercado, em articulação com as de Burns e Flam ([1987] 2000) sobre os sistemas de regras sociais e as da teoria neo-weberiana das profissões. Do ponto de vista dos mercados legítimos da saúde, em que os profissionais da biomedicina são os detentores em competição face aos profissionais das MAC, que são os desafiadores, podemos concluir que a concepção de controlo (dimensão cultural pela qual se estabelecem os princípios de hierarquia de poder entre agentes económicos) que se mantém como estruturante é a premissa da validade científica dos serviços, dos produtos e das formações, ou seja, a concepção de controlo de tipo biomédico como garante pericial do interesse público. Embora sujeita a contestação, esta prevalece e constitui um recurso valioso na competição entre profissionais pelo acesso aos mercados legítimos, ou pela exclusão de competidores. Assim, podemos compreender como parte dos terapeutas – com especial referência para a primeira vaga de desafiadores no mercado paralelo das MAC – procuram estabelecer alianças com a biomedicina e argumentam o carácter científico das suas práticas no mercado da saúde.

Esta estratégia de aliança com os grupos dominantes, bem como a tendência correlativa para o isomorfismo nos modelos de organização, formação e credenciação de profissionais; para a adopção de lógicas de justificação em que os desafiadores se acomodam a alguns dos padrões de legitimação dos detentores dos mercados legítimos da saúde, está presente ao nível nacional do processo de institucionalização, mas encontra-se também ao nível internacional e à escala global. É neste sentido que podemos compreender o processo de standardização da acupunctura que se realiza na China e na OMS. Neste sentido, o que está em causa na competição entre acupunctura biomédica e acupunctura da medicina chinesa é, quer a definição dos produtos (serviços, formações) a transaccionar no mercado, quer a definição de quais os actores habilitados a constituir-se como oferta (Burns e Flam [1987] 2000). Enquanto os médicos restringem o leque de aplicações

terapêuticas e de terapeutas acreditados segundo critérios biomédicos, o Estado e as universidades chinesas, bem como as organizações internacionais que promovem a acupuntura como sistema médico de origem chinesa, ao nível global, e parte dos profissionais da acupuntura, ao nível nacional, procuram legitimar em termos científicos a eficácia terapêutica da acupuntura para um amplo espectro de sintomatologias.

6. Outra noção a discutir, que introduzimos provisoriamente para subsumir conceptualmente a natureza paradoxal de alguns fenómenos observados, é a de mercados paralelos de saúde (mercados de serviços, visado pelo processo estudado, e de formação, directamente implicado; provavelmente também de produtos e de trabalho, estes fora do âmbito do processo de legislação e regulamentação, mas seguramente implicados nas suas consequências). Não se trata exactamente de mercados ilícitos nem informais, visto que os seus profissionais legitimaram formalmente o seu exercício na liberdade de associação e de exercício de profissão e na jurisprudência dos processos judiciais que existiram – mas não enquanto prestadores de cuidados médicos, ou de formação académica reconhecida pelo Estado. Por isso, também não são mercados legítimos de saúde.

Tal como demonstrámos, estes mercados paralelos das MAC estão alicerçados em equilíbrios institucionais duradouros, sustentado na gestão estratégica de normas informais e formais que constituíram um sistema relativamente estável de regras de mercado durante as últimas décadas.

O que estará em causa, no processo de institucionalização em curso, é a passagem, ou não, de parte desses mercados paralelos para a esfera dos mercados legítimos da saúde. Analisámos o processo de constituição de normas formais para a institucionalização de um mercado legítimo de serviços, bem como os conflitos entre profissionais pela definição das regras de inclusão e das concepções de controlo no mercado. O resultado do processo é paradoxal, na medida em que, por um lado, se estabelece um regime normativo, mas por outro há efeitos de lutas pelo poder que travam a sua aplicação com a legitimidade do Estado; e que, por outro lado ainda, são os detentores do mercado legítimo da saúde, os médicos e as profissões paramédicas, a conseguir até à data monopolizar os mercados legítimos dos serviços e da formação da acupuntura. Parece-nos haver um prosseguimento da investigação a realizar, só possível acompanhando a finalização do processo de regulação normativa pelo Estado e os subsequentes desenvolvimentos das dinâmicas sociais em presença.

Mesmo não estando concluído o processo de regulamentação, verificámos que existem na sociedade portuguesa, como nos foi dado observar pela mais recente sondagem, expectativas quanto à prestação de serviços de MAC no Serviço Nacional de Saúde (cf. capítulo 3, secção 3.1). Estas expectativas estão presentes actualmente entre os terapeutas relativamente à Lei de 2003 e à sua regulamentação. Relembre-se que esta prescrição normativa foi retirada da lei no decurso do processo legislativo, por razões políticas de ordem táctica.

Por outro lado, como podemos observar nos regimes legislativos europeus, não se encontra actualmente em nenhum país europeu a prática pelos profissionais das MAC em regime de autonomia técnica e deontológica. Nos regimes legislativos mais favoráveis, se há acesso às MAC nos sistemas nacionais de saúde, o seu exercício pelos terapeutas é tutelado pelos médicos. Esta modalidade implicaria um estatuto de complementaridade, na acepção do exercício profissional sob a supervisão médica, o que seria contraditório com o estatuto atribuído pela lei portuguesa às MAC, o de possuírem «autonomia técnica e deontológica». Sugere-nos igualmente o trabalho de campo, que em Portugal a maioria dos terapeutas não descarta o estatuto de complementaridade relativamente à biomedicina; mas, por outro lado, reclama o direito de autonomia técnica e deontológica, consagrado na Lei de 2003. Pode pôr-se a hipótese de que no futuro, terminado o processo de credenciação dos profissionais das MAC, quer nos seus títulos quer nas suas formações, parte destes esteja disposta a negociar soluções que conjuguem o seu reconhecimento como profissionais de saúde com a supervisão médica, se for esse o preço de entrada no regime de mercado do Serviço Nacional de Saúde, historicamente sob o domínio médico.

No entanto, é provável a subsistência prolongada de mercados paralelos das MAC em geral – a maioria das quais não é enquadrada pelo processo de regulamentação da lei –, e mesmo da acupunctura em particular. Segundo Saks (1998), no caso britânico verifica-se que a maioria dos terapeutas não era favorável à institucionalização nos moldes de regras formais de profissionalização a que corresponde o processo de institucionalização no caso português. Numa comunicação realizada em Portugal em 2009, a que já fizemos menção, Saks reiterou esta informação, acrescentando que o processo britânico previa a profissionalização dos acupunctores em moldes de voluntariado por essa mesma razão, e que os motivos dos terapeutas se prendiam com o receio de que os profissionais da biomedicina pudessem dessa forma desenvolver estratégias de monopolização do mercado de serviços das MAC.

Se o regime jurídico britânico procede de uma tradição legal de *Common Law*, em tudo diversa da tradição do Direito Civil Português, no entanto, vimos como no caso português no período anterior à lei de 2003 – tal como em outros regimes legais tipificados como sistemas monopolistas – os tribunais encontravam dificuldades em aplicar sanções sobre os profissionais das MAC. No caso português, isso deve-se fundamentalmente à estratégia juridicamente informada desenvolvida pelos terapeutas (cf. capítulo 4, secções 4.1.2 e 4.1.3), que possibilitava o reconhecimento do exercício profissional através das associações profissionais mas, como também em outros países com sistemas monopolistas, pelo facto de os terapeutas não utilizarem o título de médicos e, o que nos parece mais importante, pelo reconhecimento social tácito da existência desse mercado paralelo, informalmente constituído mas formalmente tolerado. O que, em termos teóricos, reenvia para uma compreensão dos sistemas legais e judiciais como «campos legais»: «conjunto de ideais legais e normas, rituais e símbolos, comportamentos sociais que mobilizam e actualizam a lei, e padrões de conhecimento social relacionados com os ideais legais» (Edelman e Stryker 2005: 531), dos quais as representações simbólicas da lei e as negociações em torno destas são elementos relevantes.

Para os profissionais das MAC, a constituição de mercados legítimos de saúde para as MAC traria vantagens, quer de defesa face a ataques monopolistas por parte dos profissionais da biomedicina com finalidades de exclusão e extinção do mercado paralelo, como sucedeu no momento da tentativa de regulamentação do acto médico; quer de defesa com base na credenciação dos detentores face a estratégias de usurpação por novas vagas de desafidores. Não permitirá, contudo, aos terapeutas defenderem-se da apropriação biomédica nem da usurpação dos mercados legítimos das MAC pelos vários profissionais da biomedicina, sobretudo no Sistema Nacional de Saúde. Como nos foi dado demonstrar, esse duplo processo de apropriação e de usurpação está já em curso no caso da acupunctura na variante médica. Outras potenciais vantagens de um mercado legítimo dos serviços das MAC estão contidas nas reivindicações feitas relativamente à CTCINC: o reconhecimento como profissionais de saúde que garante vantagens em termos de Segurança Social e sobretudo benefícios fiscais, que constituem actualmente vantagens concorrenciais não negligenciáveis dos profissionais da biomedicina relativamente aos profissionais das MAC. Como o próprio processo, ainda incompleto, revela abundantemente, a constituição de um mercado legítimo comportará benefícios potenciais para parte dos profissionais, mas também abrirá caminho a novos desafios de competição nessa nova arena.

7. Um dos mais recentes contributos para a discussão do novo institucionalismo em sociologia económica é uma abordagem crítica por Alejandro Portes (2010). Temos de reconhecer, com este autor, a importância da cultura na definição de instituições e, assim, dos valores na base das normas. Notámos, na argumentação que procura desvalorizar as MAC, o carácter recorrente da retórica da legitimidade científica (cf. Capítulo 4, secções 4.2.3 a 4.2.6). Apesar das mais recentes críticas, próprias da modernidade tardia, à legitimidade científica, quer teóricas quer as mais reflexivamente incorporadas no social (as quais constituem igualmente um dos motivos para a crescente procura das MAC). A incorporação biomédica das técnicas das MAC, mais precisamente da acupunctura, desenraizada do enquadramento médico chinês para o enquadramento biomédico, assenta a sua legitimidade nesse valor da ciência. Tal como no esquema crítico de Portes, temos de assentir que se ignorarmos o nível cultural mais profundo das normas, quer dizer, os valores, retiramos poder explicativo às mesmas.

Acrescenta-se a esta omissão de um elemento teórico com capacidade explicativa, que esta dimensão cultural profunda será essencial na compreensão de processos de institucionalização que são parte de processos de mudança social; como afirma o autor, «as normas estão de facto enraizadas em valores que tendem a resistir à mudança» (Portes 2010: 50). Mas a frase de Portes não está completa sem lhe acrescentarmos um outro nível considerado pelo autor, nível mais profundo em que as normas estão enraizadas, o da estrutura social a que corresponde uma estrutura de poder que contribui para a resistência à mudança, na medida em que «[as] estruturas de poder também mudam devagar porque os que detêm o poder preferem não abdicar dos seus privilégios» (*Ibidem*).

Outros valores, como o da liberdade dos indivíduos, com raízes no iluminismo e no pensamento liberal tal como descritos por Peter Wagner (1992, 1994), podem ser encontrados sob a forma de normas que contribuem positivamente para o processo de mudança de que faz parte o processo de institucionalização das MAC. É o que observamos ao nível das normas formais, jurídicas, pela persistência da «liberdade de escolha terapêutica» na argumentação a favor da institucionalização das MAC, nos vários regimes jurídicos europeus observados e no caso do processo legislativo português.

O que nos coloca na esteira da relação entre instituições e mudança social. Como defende Portes, partindo da noção de instituições do novo institucionalismo económico, «a mudança institucional não é o mesmo que a mudança na estrutura de classes ou no sistema

de valores, processos que em última análise afectam as instituições, mas que ocorrem a níveis mais profundos da sociedade» (2010: 64). A análise do processo de institucionalização pode, no entanto, ter esses níveis mais profundos em consideração.

Defende Portes que os papéis sociais que corporizam as normas, outro conceito sociológico associado às instituições, têm sido ignorados no novo institucionalismo económico. Na teoria sociológica, os papéis são conjuntos de comportamentos com carácter normativo associados às posições sociais. A posição de classe, segundo a designação de Portes, «está associada com a riqueza, mas está também ligada a outros recursos que conferem poder tais como o capital humano ou as conexões “certas” ligadas a diferentes quantidades de capital social» (Portes 2000: 54). Por outro lado, segundo este autor, o poder legitimado produz hierarquias de *status*, definidas como o modo pelo qual a «maioria dos actores sociais vê efectivamente a estrutura de poder subjacente e como eles se classificam a si próprios. Por outro lado, as hierarquias de *status* estão comumente ligadas à representação de papéis ocupacionais» (*Ibidem*) e, por conseguinte, às organizações a partir das quais os actores agem sobre as instituições.

Nestes aspectos, observámos alguns fenómenos sociais na análise do processo de institucionalização que descrevemos. Por um lado, não são somente os médicos que possuem posições sociais ligadas a redes constitutivas de capital social e que, mobilizando essas relações com segmentos das elites políticas, acederam à capacidade de influenciar as normas legitimadas pelo Estado; características que vimos contribuir fortemente para a transformação histórica desta ocupação em profissão (por exemplo, Johnson 1972, Freidson [1970] 1988). Também os terapeutas, ou uma parte significativa destes, possuem relações sociais veiculando elevado capital social, sejam redes com as elites sociopolíticas e as organizações partidárias, seja com elites com outros recursos de poder, como o de acesso à informação e à influência por via dos meios de comunicação social, conseguindo assim pressionar e influenciar as normas.

Mas notámos igualmente um outro tipo de situação que se relaciona com a hierarquia de *status* e os papéis sociais, o de uma inconsistência de *status* entre os terapeutas, situação estrutural com hipotéticos efeitos motivacionais na acção social patente nos níveis mais observáveis do processo. Segundo Lenski (1954), a inconsistência de *status* caracteriza-se por situações em que os actores sociais se situam em posições elevadas em alguns sistemas de *status* e honra e em posições baixas em outros, o que pode dar lugar a diversos problemas sociais e estimular ou sustentar movimentos sociais. Ora, encontramos precisamente este fenómeno entre os terapeutas: se nos mercados paralelos em que sempre

se moveram lhes são reconhecidos *status* e honra, associados à própria actividade de curar, que lhes permitiram o estabelecimento das referidas redes sociais; a um outro nível situam-se em posições mais baixas e definidas pela exclusão: excluídos dos meios médicos e académicos, e desenvolvendo um esforço acentuado para a inclusão; excluídos em termos de normas formais dos mercados legítimos da saúde, a sua profissão não se encontra legalmente reconhecida como profissão médica ou de saúde, nem possuem títulos correspondentes.

O tipo de organização social que subjaz a algumas das suas relações sociais e redes, envoltas na forma social do segredo (Simmel [1906] 1996); a representação de que são perseguidos judicialmente mesmo quando o sistema judicial praticamente não os condena, e mesmo as contradições que o próprio sistema jurídico põe em evidência, denotam esse lugar ambivalente, entre a existência num mercado paralelo reconhecido ou tolerado por algumas normas formais, e o não reconhecimento do título como condição dessa mesma tolerância, pois o sistema judicial fundamentava frequentemente a inocência do réu no facto de não utilizar títulos médicos. A busca do título e da credenciação, no movimento pela aprovação de normas que legitimem a profissão, estará em parte sustentada neste tipo de inconsistências estruturais mais profundas, e não somente na competição profissional por normas que vão de encontro a interesses específicos de mercado. O que acrescentaria uma dimensão sociocultural e socioestrutural à análise futura dos processos de institucionalização das MAC e dos seus mercados.

Para terminar segundo a linha crítica de Portes (2010), as forças para a mudança social podem ser identificadas segundo quatro níveis. Primeiro, em processos mais visíveis, Portes situa os dois níveis que têm sido considerados na análise de mudança social do novo institucionalismo. Um desses níveis é o da difusão cultural, que emana dos países mais desenvolvidos para os menos desenvolvidos e que se encontra presente no processo de institucionalização das MAC, como pudemos mostrar ao longo da presente dissertação. Não somente esse movimento de difusão segue uma trajectória através de diferentes níveis de desenvolvimento como, acrescentaríamos, há um movimento de difusão entre níveis institucionais, de cima para baixo, desde organizações de carácter internacional e global, como a Organização Mundial de Saúde, a organizações internacionais com um espectro menos amplo, como a União Europeia. O segundo nível mais visível e menos profundo da mudança social, no esquema de análise de Alejandro Portes, é o que denomina de *path dependence*, ou seja, refere-se aos processos historicamente situados, em que os acontecimentos seguem um caminho historicamente constituído e contingente

relativamente aos desenvolvimentos anteriores. A presente tese explorou essencialmente este nível.

Num nível intermédio de profundidade e visibilidade, encontram-se os repertórios cognitivos, onde Portes inclui as inovações científicas e tecnológicas. Aplicando o esquema ao processo de institucionalização em análise, embora não se possa qualificá-lo literalmente de mudança tecnológica ou científica por razões de diferenças de sistemas culturais, podemos afirmar a existência de inovação, na medida em que as medicinas alternativas e complementares vieram introduzir modalidades terapêuticas que não constavam do repertório biomédico. Nesse sentido, são inovações com força de mudança social que imprimem força ao processo de institucionalização das MAC, e que contribuíram para um resultado final do processo, a apropriação biomédica de uma dessas técnicas, a acupunctura. Também aqui, as condições técnicas e epistémicas da sua diferenciação ou apropriação constituiriam um objecto de análise profícuo para futuras investigações.

A um nível mais profundo, teremos a mudança carismática, que não se aplica de modo directo no caso em análise. No entanto, podemos identificar hipoteticamente elementos carismáticos de mudança social no que tem sido denominado de *New Age*, um conjunto de crenças, valores e movimentos do qual as MAC e a sua valorização nas últimas décadas fazem parte. Este é um aspecto que não desenvolvemos na presente dissertação, dada a delimitação necessária do objecto de estudo e da problemática, mas que merece ser objecto de investigação mais aprofundada para o caso português, pois além da sua pertinência teórica, a investigação conduziu-nos frequentemente para pistas nessa direcção.

8. Para finalizar, algo se pode concluir das características descritas do processo de institucionalização das MAC, sobre a natureza do Estado português. Este surge como altamente permeável à influência de elites sociais e socioprofissionais (cf. capítulo 4, em particular as secções 4.2.2 a 4.2.6), como o são os médicos e demais áreas da biomedicina de institucionalização mais antiga e profunda, como a farmacêutica; mas também de redes sociais significativas estabelecidas com parte dos terapeutas. A transmissão de influências entre interesses profissionais e Estado é mediada em grande parte pelas organizações partidárias. O Estado surge ainda como sujeito a fortes variações nas suas decisões em função das conjunturas políticas – lembre-se que o diploma do acto médico foi publicado num momento de elevada conflitualidade na área da saúde, nomeadamente por parte das organizações profissionais dos médicos, e a sua reversão, bem como os processos

legislativo e de regulamentação subsequentes, foi igualmente tributária de sucessivas reacções a conflitos emergentes no espaço público. Por último, o Estado Português denota uma estrutura frágil em termos organizativos no exercício de funções de regulação, quer pela ausência de uma entidade reguladora anterior ao processo legislativo, quer sobretudo pela sua incapacidade de reverter a irregularidade do funcionamento da CTCTNC.

A vantagem mais geral, e mais geralmente invocada, que a institucionalização de mercados legítimos das MAC pode comportar será a da defesa e promoção da saúde pública. Para Saks ([1995] 2005) a noção de «defesa da saúde pública» constitui, no quadro das lutas profissionais na área das MAC, uma ideologia profissional dos médicos, com base numa ampla argumentação de que destacamos o facto de a biomedicina ter alcançado elevados níveis de legitimidade social em vários países desenvolvidos, muito antes de a eficácia terapêutica das suas técnicas estar amplamente comprovada, o que continua a suceder em alguns casos na contemporaneidade. Porém, como vimos ao longo da presente dissertação, em Portugal esse é um princípio esgrimido tanto pelos médicos como pelos terapeutas detentores e pela primeira vaga de desafidores, enquanto premissa dos seus respectivos argumentos de legitimação. Diríamos, antes, que «a defesa da saúde pública» é um dos deveres dos Estados contemporâneos para com os cidadãos, em que assenta parte da sua legitimidade e que, desta forma, o processo de institucionalização das medicinas alternativas e complementares, e a sua difícil conclusão, terão futuramente que ser analisados à luz de um processo de consolidação da legitimidade do Estado em Portugal.

Fontes e Bibliografia

Entrevistas

Entrevistas n° 1 e n° 2. Datas: 20 de Novembro e 11 de Dezembro de 2007. Reinaldo Baptista: Naturólogo com credenciação em Angola, África do Sul e Portugal; dirigente da CNNET, antigo dirigente da Fenamen; faz consulta. Duração aproximada: 3 horas em 2 entrevistas.

Entrevista n° 3. Data: 26 de Dezembro de 2007. António Cardoso: Dirigente da Sociedade Portuguesa de Naturologia (SPN), referência entre os terapeutas mais antigos. Duração aproximada: 1 hora.

Entrevista n° 4. Data: 3 de Janeiro de 2008. Anonimato: aluno da Escola Superior de MTC Dr. Pedro Choy. Duração aproximada: 1 hora.

Entrevista n° 5. Data: 10 de Janeiro de 2008. Miguel Boeiro: Dirigente da Sociedade Portuguesa de Naturologia (SPN). Duração aproximada: 1 hora.

Entrevista n° 6 Data: 14 de Fevereiro de 2008. Entrevista de grupo na CNNET. Duração aproximada: 2 horas.

Entrevistas n° 7, n°8 e n° 9. Datas: 21, 28 de Fevereiro e 24 de Julho de 2008. Carlos Campos Ventura: Naturólogo e ex-dirigente da Fenamen, dirigente do Conselho Federativo; dirigente do Instituto Hipocrates; faz consulta. Duração aproximada: 7 horas em 3 entrevistas.

Entrevista n° 10. Data: 11 de Abril de 2008. Araújo Brito: Acupuntor e terapeuta de MTC, credenciação de longos anos no estrangeiro e Portugal; dirigente da Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC) e professor no último ano do curso da ESMTC; faz consulta. Duração aproximada: 3 horas.

Entrevista n° 11. Data: 12 de Abril de 2008. Bal Krishna Manghal: Acupuntor e terapeuta de MTC com credenciação em França e na China. Dirigente da Associação Nacional de Acupunctura (ANA), professor no ICBAS, dirigente da União Budista Portuguesa; faz consulta. Duração aproximada: 2 horas.

Entrevista n° 12. Data: 15 de Abril de 2008. Rita Sousa: Acupunctora e terapeuta de MTC, ex-aluna da ESMTC; faz consulta. Duração aproximada: 2 horas.

Entrevista n° 13. Data: 18 de Abril de 2008. António Falcão: Fisioterapeuta, Acupuntor e terapeuta de MTC, ex-aluno da ESMTC e de curso em auriculopunctura de Pedro Choy; faz consulta. Duração aproximada: 2 horas.

Entrevistas n° 14 e n° 15. Datas: 18 de Março e 3 de Dezembro de 2008. Vítor Cunha: Acupuntor com credenciação por escola francesa, faz consulta. Duração aproximada: 4 horas em 2 entrevistas.

Entrevista n° 16. Data: 27 de Março de 2008. José Faro: Acupuntor e terapeuta de MTC, credenciação de longos anos no estrangeiro e Portugal; dirigente da Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC), professor e dirigente da ESMTC; faz consulta. Duração aproximada: 3 horas.

Entrevista n° 17. Data: 30 de Junho de 2008. Jerónimo Sardinha: Naturólogo com credenciação como *Heilpraktiker*, dirigente da Comissão Coordenadora para a Regulamentação da Naturologia (CCRN); faz consulta. Duração aproximada: 4 horas.

Entrevistas n° 18 e n° 19. Datas: 11 e 25 de Julho de 2008. Afonso Cautela: Jornalista reformado que publicou sobre MAC dos anos 70 aos anos 90. Duração aproximada: 8 horas em 2 entrevistas.

Entrevista n° 20. Data: 14 de Julho de 2008. Helena Pinto Ferreira. Médica de Clínica Geral, Acupunctora, dirigente da SPMA, Membro do Colégio de Competência em Acupunctura na Ordem dos Médicos, Perita da CTCTNC, Coordenadora de pós-graduação da SPMA. Duração aproximada: 2 horas.

Entrevista n° 21. Data: 28 de Julho de 2008. Anonimato: Acupunctur e terapeuta de MTC, credenciação escola japonesa e em Portugal; faz consulta. Duração aproximada: 2 horas.

Entrevista n° 22. Data: 19 de Setembro de 2008. Anonimato: Acupunctur e terapeuta de MTC com credenciação na China e Japão; faz consulta. Duração aproximada: 1 hora.

Entrevista n° 23. Data: 26 de Setembro de 2008. Anonimato: Naturólogo credenciado no estrangeiro e em Portugal; dirigente da CNET; faz consulta. Entrevista informal em trabalho de campo, recusara anteriormente entrevista formal. Duração aproximada: 1 hora.

Entrevistas n° 24, n° 25 e n° 26. Datas: 27 de Novembro; 4 e 11 de Dezembro de 2008. Sandra Pires: Acupunctora e terapeuta de MTC, ex-aluna da ESMTC; faz consulta. Duração aproximada: 7 horas em 3 entrevistas.

Entrevista n° 27. Data: 29 de Janeiro de 2009. Alzinda Moreira: Médica Fisiatra, acupunctora com credenciação por escola francesa, já só faz consulta de acupunctura esporadicamente. Duração aproximada: 1 hora e meia.

Entrevista n° 28. Data: 5 de Março de 2009. João Pires da Silva: Médico, Acupunctur, dirigente da SPMA, Membro do Colégio de Competência em Acupunctura na Ordem dos Médicos, Professor nas pós-graduações da SPMA. Duração aproximada: 2 horas.

Entrevista n° 29. Data: 1 de Outubro de 2010. Rita Brandão: Acupunctora e terapeuta de MTC; ex-aluna da APADA; consultou os documentos da CTCTNC; faz consulta. Duração aproximada: 3 horas.

Fontes documentais

Arquivo da Presidência da República

Documentos que deram entrada na Presidência da República entre Julho e Outubro de 1999.

Veto Presidencial: Comunicação ao Governo sobre o sentido da não promulgação do Decreto registado na Presidência do Conselho de Ministros sob o nº 389/98/MS, Presidente da República, 21 de Setembro de 1999.

Assembleia da República

Fontes documentais recolhidas presencialmente nos Serviços de Documentação e Informação da Assembleia da República:

Actas da Comissão Parlamentar de Saúde (1999-2003).

Documentação dos vários Grupos Parlamentares durante a legislação das MAC (1999-2003).

Fontes documentais recolhidas no site da Assembleia da República (<http://www.parlamento.pt>):

1. Geral:

Petição nº 1/VIII/1 de 20-09-1999

Petição nº 39/IX/1 de 21-03-2003

Comissão Parlamentar de Saúde, Acta nº 28/X/3.

2. Diários da Assembleia da República:

DAR, I série, nº69 de 11-05-1996.

DAR, I série, nº72 de 01-06-2000.

DAR, I série, nº 73 de 02-06-2000.

DAR, I série, nº84 de 30-06-2000.

DAR, I série, nº 30 de 21-12-2001.

DAR, I série, nº 105 de 28-03-2003.

DAR, I série, nº38 de 24-01-2009.

DAR, II série, nº 10 de 18-12-1999.

DAR, II série, nº19 de 03-02-2000.

DAR, II série, nº20 de 05-02-2000.

DAR, II série, nº8 de 20-10-2000.

DAR, II série, nº11 de 28-10-2000.

DAR, II série, nº 8 de 25-05-2002.

DAR, II série, nº 61 de 25-01-2003.

DAR, II série, nº 81 de 27-03-2003.

DAR, II série, nº 125 de 03-07-2008.

DAR, II série – B, nº 10 - Suplemento de 08-01-2000.

DAR, II série – B, nº 43 de 17-05-2003.

1. No âmbito da Regulamentação

Iniciativas Parlamentares – Requerimentos e Perguntas ao Governo:

Requerimento nº 275/AC/X/1 de 16 de Maio de 2005.

Requerimento nº 530/AC/X/2 de 14 de Dezembro de 2006.

Pergunta nº 952/X/3 de 25 de Março de 2008.

Pergunta nº 1221/X/3 de 30 de Abril de 2008.

Pergunta nº 2271/X/4 de 7 de Maio de 2009.

Pergunta nº 299/XI/1 de 23 de Novembro de 2009.

Pergunta nº 3401/XI/1 de 2 de Junho de 2010.

Respostas do Governo aos Requerimentos e Perguntas ao Governo:

Ofício nº 4518 de 7 de Junho de 2005 do Gabinete do Ministro da Saúde.

Ofício nº 1392 de 8 de Fevereiro de 2007 do Gabinete do Ministro da Saúde.

Ofício nº 2653 de 9 de Abril de 2008 do Gabinete do Ministro da Saúde.

Ofício nº 4389 de 6 de Junho de 2008 do Gabinete da Ministra da Saúde.

Ofício nº 1914 de 22 de Abril de 2009 do Gabinete da Ministra da Saúde.

Ofício nº 1519 de 25 de Agosto de 2010 do Gabinete do Ministro de Estado e das Finanças.

Audição Pública do Bloco de Esquerda às Associações das MAC:

<http://beparlamento.esquerda.net>, «Terapêuticas Não Convencionais: lei portuguesa considerada como exemplar», 7 de Maio de 2008 (acesso em Agosto de 2008).

Listagem das Associações das MAC presentes na Audição Pública do Bloco de Esquerda, Assessoria Parlamentar na área da Saúde do Grupo Parlamentar do Bloco de Esquerda.

Europa

Debates parlamentares, 4ª legislatura do Parlamento Europeu, Sessões Plenárias de 28 de Maio de 2007 e de 29 de Maio de 2007, disponíveis no site <http://www.europarl.europa.eu> (acesso em Junho de 2008).

Documento A4-0075/97 da Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor.

European Commission. *COST Action B4: Unconventional Medicine. Final Report of the Management Committee, 1993 - 98*. Brussels, European Commission, 1998 (document reference EUR 18420 EN).

Entrevista exclusiva com Paul Lannoye: http://www.naturemania.com/naturo/lannoye_collin.html (acesso em Dezembro de 2008).

Euobserver, «Homeopathy industry pushes for EU-wide public healthcare support», 05 de Março de 2010, disponível em <http://euobserver.com/867/29620> (acesso em Abril de 2010).

Legislação Portuguesa, Fontes Judiciais e Institucionais

Processo n° 819/88, Tribunal Judicial de Almada, 2° Juízo, 2ª Secção.

Inquérito n° 921/98, Tribunal Judicial da Comarca de Bragança.

Código Penal. 1995. Coordenação de Maria João Antunes. Coimbra: Coimbra Editora.

Lei n° 48/90 de 24 de Agosto.

Lei n° 45/2003 de 22 de Agosto.

Lei n°46/2007 de 24 de Agosto.

Lei n°6/2008 de 13 de Fevereiro.

Decreto-lei n° 23050 de 1933.

Decreto n° 29171 de 24 de Novembro de 1938.

Decreto-lei n°32171 de 29 de Julho de 1942.

Decreto-lei n° 40651 de 21 de Junho de 1956.

Decreto-Lei n° 215-C/75 de 30 de Abril.

Decreto-lei n° 282/77 de 5 de Julho.

Decreto-Lei n° 330/90 de 23 de Outubro e alterações a este posteriormente introduzidas.

Decreto-Lei n° 442/91 de 15 de Novembro, alterado pelo Decreto-Lei n° 6/96 de 31 de Janeiro.

Decreto-Lei n°13/93 de 15 de Janeiro.

Decreto-Lei n° 94/95 de 9 de Maio.

Decreto-Lei n° 161/96 de 4 de Setembro, anexo I.

Decreto-Lei n° 104/98 de 21 de Abril, anexo 2.

«Acto médico»: Projecto de Decreto-Lei n° 389/98/Ministério da Saúde – Decreto-Lei do Conselho de Ministros de 29 de Julho de 1999.

Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde n° 327/2004, Diário da República, II série, n°125 de 28 de Maio de 2004.

Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde n° 261/2005, Diário da República, II série, n°55 de 18 de Março de 2005.

Despacho conjunto dos Ministérios da Educação, da Ciência e do Ensino Superior e da Saúde n° 19229/2009, Diário da República, II série, n°209 de 28 de Outubro de 2009.

Boletim do Trabalho e do Emprego, 3ª série, n°22 de 30-11-90.

Relatório do Grupo de Trabalho - Medicinas Não Convencionais. 1999. Direcção-Geral de Saúde.

«Acupunctura – Proposta Completa» divulgada a 1 de Abril de 2008 no site da Direcção-Geral de Saúde.

Texto de extensão do período de Discussão Pública das Propostas de Regulamentação, <http://www.dgs.pt> (acesso em 18 de Abril de 2008).

Código Deontológico da OMP de 26 de Setembro de 2008.

Processo nº406/2009 da Comissão de Acesso aos Documentos Administrativos, Parecer disponível em <http://www.cada.pt/uploads/Pareceres/2009/261.pdf>.

Resposta da Autoridade de Segurança Alimentar e Económica (ASAE) ao pedido de esclarecimento da Amena sobre uma «acção de Fiscalização, a decorrer em Território Nacional, no Mercado das TNC», <http://www.amena.tcpnsa.com> (acedido em Março de 2010).

Meios de comunicação social

Diário de Notícias, «Debate com nível precisa-se», 1 de Outubro de 1999, p.33.

Diário de Notícias, «Portugueses ainda aderem pouco», 4 de Dezembro de 2007, p.11.

Diário de Notícias, «Acupunctores protestam», Março de 2008 (online).

Expresso, «Veto sem alternativa», 25 de Setembro de 1999, p. 10.

Expresso, «Ordem dos Médicos exerce “vingança” contra Sampaio», 25 de Setembro de 1999, p.1.

Expresso, «Uma decisão corajosa», 01 de Outubro de 1999, p.3.

Expresso, «Acupuntura chega aos centros de saúde», 20 de Outubro de 2007, p.31

Euronotícias, «Vamos estar mais vigilantes», 1 de Outubro de 1999, p. 27.

Euronotícias, «Acto médico», artigo de opinião de Germano de Sousa, 4 de Fevereiro de 2000, p. 21.

Jornal de Notícias, «Lei do acto médico chumba em Belém», 25 de Setembro de 1999, p. 28.

Jornal de Notícias, «Ordem dos Médicos volta à carga contra “alternativas”», 29 de Setembro de 1999, p.29.

O Mirante, «Associação defende acupuntura nos hospitais», 15 de Outubro de 2004 (online), (acesso em Junho de 2006).

Pro Teste, «Terapias Paralelas», nº 118, Setembro de 1992, p.19.

Público, «Clínicos Ameaçam Parar», 28 de Setembro de 1999, p. 26.

Público, «Ordem ameaça usar lei contra clínicas ilegais», 29 de Setembro de 1999, p. 28.

Público, «Sociedade Médica de Acupuntura quer regras para a actividade», 20 de Agosto de 2001 (online).

Público, «Regulamentação da medicina não convencional em discussão pública em Abril», 20 de Março de 2008 (online).

Semana Médica, <http://www.semanamedica.com> (acesso em Agosto de 2010).

SIC, «Legislação de medicinas alternativas – Profissionais exigem reconhecimento», Março de 2008 (online).

SIC Notícias, Edição da Manhã, Entrevista a Pedro Choy, 4 de Agosto de 2010, <http://www.youtube.com/watch?v=7KcMWbCDiSA> (último acesso em Outubro de 2010).

TSF, «Comissão de Naturalogia “sem legitimidade”, diz APHCE [Associação Portuguesa de Homeopatia Clássica e Energologia]», 13 de Maio de 2001.

TSF, Programa «Mais Cedo ou Mais Tarde», 4 de Dezembro de 2007.

24 Horas, [sem título] Declarações do Bastonário da Ordem dos Médicos, 27 de Agosto de 1999, p.7.

24 Horas, «Mais de dez mil profissionais podem ficar desempregados», 27 de Agosto de 1999, p. 7.

Medicinas Alternativas e Complementares

Documentos:

Comunicado Público da Convenção dos Parceiros da Área da Saúde Natural, 5 de Setembro de 1999.

Requerimento aos Ministérios de tutela da CTCTNC apresentado pelos Representantes das Terapêuticas Não Convencionais: <http://www.cidadãospelasaúde.org/requerimento.php> (acesso em Maio de 2006).

Proposta de Regulamentação da Acupuntura, CTCTNC, Fevereiro de 2007, divulgada em Abril de 2007 através do email da *5 Seasons International – Companhia Distribuidora de Produtos Orientais, S.A.* (Empresa de Pedro Choy).

APPA. 2008. *Discussão Pública Parcial da Proposta de Regulamentação – Acupuntura.*

APPA. *Carta Aberta à Ministra da Saúde.* Abril de 2008.

Comunicado do Presidente da Mesa de Assembleia Geral da Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC) - Resposta ao Dr. Pedro Choy, 6 de Abril de 2008, <http://www.apamtc.org> (último acesso em Outubro de 2010).

«Regulamentação da Acupuntura – Perguntas mais Frequentes», em <http://esmtc.pt> (último acesso em Outubro de 2010).

Boletim da Federação – Conselho Federativo, Vol.1, Edição 2, nº15, Fevereiro de 2008.

Notícias da APADA - «WFCMS nomeia Dr. Pedro Choy "Embaixador" na OMS», em <http://www.apa-da.pt> (último acesso em Agosto de 2010).

Notícias da APPA - «Presidente da APPA distinguido pelo Governo Chinês», em <http://www.apa-mtc.org> (último acesso em Agosto de 2010).

Notícias da APPA - «Regulamentação da Acupuntura em agenda - Secretário de Estado da Saúde recebeu APPA», 6 de Julho de 2010, <http://www.apa-mtc.org> (acedido em Agosto de 2010).

Alguns sites de referência

Associação de Medicina Natural e Bioterapêuticas (AMENA): <http://www.amena.tcpsa.com>

Associação Nacional de Acupuntura (ANA): <http://www.ana-acupuntura.blogspot.com>

Associação Portuguesa de Acupuntura e Disciplinas Associadas (APADA): <http://www.apa-da.pt>

Associação Portuguesa de Profissionais de Acupuntura (APPA): <http://www.apa-mtc.org>

Associação Profissional de Acupuntura e Medicina Tradicional Chinesa (APAMTC): <http://www.apamtc.org>

Câmara Nacional dos Naturologistas e Especialistas das Terapêuticas Não Convencionais (CNET): <http://www.cnet-web.org>

Clínicas Pedro Choy: <http://www.clinicapedrochoy.com>

Conselho Federativo – Federação de Medicinas Não Convencionais: <http://www.cofenacis.org>

Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa (ESMTC): <http://www.esmtc.pt>

Escola Superior Dr. Pedro Choy, Pólo da Universidade de MTC de Chengdu: <http://www.pedrochoy-chengdutcm.eu>

Fenaman: <http://www.fenaman.pt>

Fóruns portugueses de MTC: <http://mtcforum.net>; <http://www.medicinachinesa.com>

Universidade de Medicina Chinesa (Pedro Choy – Chengdu): <http://www.umc.pt>

Ordem dos Médicos Portuguesa, SPMA e pós-graduações

Documentos

Newsletter da SPMA, *Ponto de Reunião*, Maio de 2005.

Newsletter da SPMA, *Ponto de Reunião*, Setembro de 2005.

Revista da Ordem dos Médicos, Setembro de 1998.

Revista Norte Médico da Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos em Setembro de 2001, n°8: 50-51.

Sítes

Portal da Ordem dos Médicos - <https://www.ordemdosmedicos.pt>

<http://webchairing.com/spma/home.asp> (desactivado, acesso em Maio de 2006).

<http://www.spma.pt>

<http://sigarra.up.pt/icbas>

<https://woc.uc.pt/fmuc>

<http://www.fcm.unl.pt/gepg>

Portal do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, <http://www.nortemedico.pt>, texto de 29 de Setembro de 2000 (acesso em Julho de 2008).

Portal da Ordem dos Médicos - «Distribuição por Especialidade, Idade e Sexo» (acesso em Setembro de 2008 e Outubro de 2010).

Fontes documentais citadas

- BMA. 2000. *Acupuncture: Efficacy, Safety and Practice*. British Medical Association. Amesterdam: Harwood Academic Publishers.
- FERREIRA, Araújo. 1983. *O Que Deve Saber de Verdade sobre Acupunctura e Não Só*. Edição do autor.
- LANNOYE, Paul. 1997. *Relatório sobre o Estatuto das Medicinas Não Convencionais*. Bruxelas e Estrasburgo: Comissão do Meio Ambiente, da Saúde Pública e da Defesa do Consumidor, Parlamento Europeu.
- NCCAM. s.d. *Acupuncture Research Report*, National Center for Complementary and Alternative Medicine, National Institutes of Health. (posterior a 1997).
- NIH. 1997. *NIH Consensus Statement*. National Institutes of Health, vol.15 (5).
- REIS, Carlos Vieira. 2007. *Ordem dos Médicos – Passado e Presente*, 2 vols. Lisboa: Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.
- WHO. 1978a. *Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Rapport d'une réunion de l'OMS*. Geneva, World Health Organization.
- WHO. 1978b. *Soins de Santé Primaires: Rapport de la Conférence Internationale sur les Soins de Santé Primaires, Alma-Ata, URSS, 6-12 Septembre 1978*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 1987. *Report of the Second Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 1991a. *A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 1991b. *Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 1993. *Standard Acupuncture Nomenclature*. WHO Regional Office for the Western Pacific, 2nd Edition. Manila: World Health Organization.
- WHO. 1995. *Report of the Third Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 1999. *Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2001. *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide View*, Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2002a. *Traditional Medicine – Growing Needs and Potencial*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2002b. *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2003. *Acupuncture: Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2010. *Continuity and Change – Implementing the third WHO Medicines Strategy 2008-2013*. Geneva: World Health Organization.

Bibliografia citada

- ALSTER, Kristine Beyerman. 1989. *The Holistic Health Movement*. Tuscaloosa: University of Alabama Press.
- BAER, Hans A. & Cindy Jen, Lucia M. Tanassi, Christopher Tsia, Helen Wahbeh. 1998. «The Drive for Professionalization in Acupuncture: A Preliminary View from the San Francisco Bay Area». *Social Science and Medicine*, 46 (4-5): 533-537.
- BAER, Hans. 2002. «The Growing Interest of Biomedicine in Complementary and Alternative Medicine: A Critical Perspective». *Medical Anthropology Quarterly*, 16(4): 403-405.
- BAER, Hans. 2004. *Toward an Integrative Medicine – Merging Alternative Therapies with Biomedicine*. Walnut Creek: Altamira Press.
- BAKX, Keith. 1991. «The “Eclipse” of Folk Medicine in Western Society». *Sociology of Health and Illness*, 13 (1): 20-38.
- BANNERMAN, R.H. & J. Burton, C. Wen-Chieh (eds.) 1983. *Médecine Traditionnelle et Couverture des Soins de Santé*. Geneva: WHO.
- BARNES, Linda. 1998. «The Psychologising of Chinese Healing Practices in the United States». *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22: 413-443.
- BARNES, Linda. 2005. «American Acupuncture and Efficacy: Meanings and Their Points of Insertion». *Medical Anthropology Quarterly*, 19 (3): 239-266.
- BAUMAN, Zygmunt. 1990. «Modernity and Ambivalence» in Featherstone, Mike (ed.) *Global Culture: Nationalism, Globalization, and Modernity : a Theory, Culture & Society*, pp. 143-169. London: SAGE.
- BERLANT, Jeffrey. 1975. *Profession and Monopoly – A Study of Medicine in the United States and Great Britain*. Berkeley: University of California Press.
- BECK, Ulrich. [1986] 1992. *Risk Society – Towards a New Modernity*. London: Sage.
- BIVINS, Roberta. 2000. *Acupuncture, Expertise, and Cross-Cultural Medicine*. Basingstoke: Palgrave.
- BIVINS, Roberta. 2007. *Alternative Medicine – A History*. Oxford: Oxford University Press.
- BLAU, Peter. 1964. *Exchange and Power in Social Life*. New York, Basic Books.
- BOUCHAYER, Françoise. 1991. «Alternative Medicines: A General Approach to the French Situation» in Lewith, George & David Aldrige (eds.) *Complementary Medicine and the European Community*, pp. 45-60. London: Saffron Walden .
- BOURDIEU, Pierre. 1989. *O Poder Simbólico*. Lisboa: Difel.
- BOURDIEU, Pierre. 1972. *Esquisse d'une Théorie de la Pratique*. Geneva: Droz.
- BRAY, Francesca. 1993. «Chinese Medicine» in Bynum, W.F. & Roy Porter (eds.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol.2, pp. 728-754. London: Routledge.
- BUDD, Susan & Ursula Sharma (eds.). 1994. *The Healing Bond: The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*. London: Routledge.
- BURAWOY, Michael. 1998. «The Extended Case Method». *Sociological Theory*, 16 (1): 4-33.
- BURNS, Tom R. & Helena Flam. [1987] 2000. *Sistemas de Regras Sociais – Teoria e Aplicações*. Oeiras: Celta.

- CANT, Sarah & Ursula Sharma. 1999. *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors and the State*. London: UCL Press.
- CARAPINHEIRO, Graça. 2004. «O Sector da Saúde: Formas de Hierarquização Interna» in Freire, João (ed.) *Associações Profissionais em Portugal: Associações, Formação e Acreditação*, pp. 57-82. Oeiras: Celta.
- COASE, Ronald. 1984. «The New Institutional Economics». *Journal of Law and Economics*, 3: 1-44.
- COASE, Ronald. 1988. *The Firm, the Market, and the Law*. Chicago: University of Chicago Press.
- COLLINS, Randall. 1991. «Market Closure and the Conflict Theory of the Professions» in Burrage, Michael & Rolf Torstendahl. (eds.) *Professions in Theory and History – Rethinking the Study of Professions*, pp. 24-43. London: Sage.
- CROIZIER, Ralph C. [1976] 1998. «The Ideology of Medical Revivalism in Modern China» in Leslie, Charles (ed.). *Asian Medical Systems*, pp. 341-355. Delhi: Motilal Banarsidas Publishers.
- DALLY, Ann. 1997. «The Development of Western Medical Science: The West's Contribution to Healing» in Porter, Roy (ed.) *Medicine: a History of Healing – Ancient Traditions and Modern Practices*, pp. 42-67. New York: Marlowe & Company.
- DEW, Kevin. 2000. «Deviant Insiders: Medical Acupuncturists in New Zealand». *Social Science and Medicine*, 50: 1785-1795.
- DIXON, Anna. 2008a. *Regulating Complementary Medical Practitioners – An international review*. London: King's Fund.
- DIXON, Anna. 2008b. *Regulating Complementary Medical Practitioners – Case Studies*. London: King's Fund.
- DUNN, Frederick L. [1976] 1998. «Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptative Systems» in Leslie, Charles (ed.) *Asian Medical Systems*, pp. 133-158. Delhi: Motilal Banarsidas Publishers.
- DURKHEIM, Émile. [1895] 1984. *As Regras do Método Sociológico*. Lisboa, Ed. Presença.
- DURKHEIM, Émile & Marcel Mauss [1901-1902] 1969. «De Quelques Formes Primitives de Classification» in Durkheim, Émile. *Journal Sociologique*, pp. 395-464. Paris: PUF.
- DURKHEIM, Émile. [1912] 1990. *Les Formes Élémentaires de la Vie Religieuse*. Paris: Quadrige/PUF.
- EDELMAN, Lauren B. & Robin Stryker. 2005. «A Sociological Approach to Law and Economy» in Smelser, Neil & Richard Swedberg (eds.) *The Handbook of Economic Sociology*, Second Edition, pp. 527-551. Princeton: Princeton University Press.
- EISENBERG, D.M. et al. 1993. «Unconventional Medicine in the United States». *New England Journal of Medicine*, 328: 246-252.
- EISENBERG, D.M. et al. 1998. «Trends in Alternative Medicine Use in 1990-1997». *Journal of the American Medical Association*, 11, 280: 1569-1575.
- EISENSTADT, S.N. 2007. *Múltiplas Modernidades - Ensaios*. Lisboa: Livros Horizonte.
- ELIAS, Norbert. [1939] 1989. *O Processo Civilizacional*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- ELIAS, Norbert. [1970] 1980. *Introdução à Sociologia*. Lisboa: Edições 70.

- EMERSON, Richard A. 1962. «Power-Dependence Relations». *American Sociological Review*, 27: 31-41.
- ERNST, E. & A. WHITE. 2000. «The BBC Survey of Complementary Medicine Use in the UK». *Complementary Therapies in Medicine*, 8: 32-36.
- FARQUHAR, Judith. 1992. «Time and Text: Approaching Chinese Medical Practice through Analysis of a Published Case» in Leslie, Charles & Allan Young (eds.) *Paths to Asian Medical Knowledge*, pp. 62-73. Berkeley: University of California Press.
- FLIGSTEIN, Neil. [1996] 2003. «O Mercado enquanto Política – Uma Abordagem Político-cultural às Instituições de Mercado» in Marques, Rafael & João Peixoto (eds.) *A Nova Sociologia Económica*, pp. 195-227. Oeiras: Celta.
- FOUCAULT, Michel. [1963] 2005. *Naissance de la Clinique*. Paris: PUF.
- FRANCO, Luísa. 2004. «Um Processo de Problematização Social – As Drogas no Diário de Notícias (1974/1993)». *Sociologia, Problemas e Práticas*, 46: 117-132.
- FREIDSON, Eliot. [1970] 1988. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- FRUEHAUF, Heiner. 1999. «Chinese Medicine in Crisis: Science, Politics and the Making of “TCM”». *Journal of Chinese Medicine*, 61: 6-14.
- GARNEL, Rita. 2006. «A Consolidação do Poder Médico: A Medicina Social nas Teses da Escola Médico-cirúrgica de Lisboa (1900-1910)» in Pereira, Ana Leonor & João Rui Pita (eds.) *Miguel Bombarda (1851-1910) e as Singularidades de uma Época*, pp. 77-88. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- GEERTZ, Clifford. [1973] 2000. «Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture» in *The Interpretation of Cultures: Selected Essays*, pp. 3-30. New York: Basic Books.
- GEVITZ, Norman. 1988. «Three Perspectives on Unorthodox Medicine» in Gevitz, Norman (ed.) *Other Healers: Unorthodox Medicine in America*, pp. 1-28. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- GEVITZ, Norman. 1993. «Unorthodox Medical Theories» in Bynum, W.F. & Roy Porter (eds.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol.1, pp. 603-633. London: Routledge.
- GIDDENS, Anthony. [1976] 1996. *Novas Regras do Método Sociológico*. Lisboa: Gradiva.
- GIDDENS, Anthony. 1984. *The Constitution of Society – Outline of the Theory of Structuration*. Cambridge: Polity Press.
- GIDDENS, Anthony. [1990] 2005. *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta.
- GOLDSTEIN, Michael S., Dennis Jaffe, Carol Sutherland & Josie Wilson. 1987. «Holistic Physicians: Implications for the Study of the Medical Profession». *Journal of Health and Social Behaviour*, 28 (2): 103-119.
- GOODE, William. 1960. «Encroachment, Charlatanism and the Emerging Profession: Psychology, Sociology and Medicine». *American Sociological Review*, 25: 902-14.
- GRANOVETTER, Mark. [1985] 2003. «Acção Económica e Estrutura Social – o problema da incrustação» in Marques, Rafael & João Peixoto (eds.) *A Nova Sociologia Económica*, pp. 69-101. Oeiras: Celta.

- GRANOVETTER, Mark. 1992. «Economic Institutions as Social Constructions: A Framework for Analysis». *Acta Sociologica*, 35: 3-11.
- GRIFFIN, Larry. 1993. «Narrative, Event-Structure Analysis, and Causal Interpretation in Historical Sociology». *American Journal of Sociology*, 98: 1094-11.
- GURVITCH, Georges. [1963] 1979. *A Vocação Actual da Sociologia*, Vol. I. Lisboa: Edições Cosmos.
- HOBBSAWM, Eric & Terence Ranger. (eds.) 1992. *The Invention of Tradition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HOLSTEIN, James A & Jaber F. Gubrium. 1995. *The Active Interview*. Thousand Oaks: Sage.
- HOMANS, George C. 1950. *The Human Group*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- HOMANS, George C. [1961] 1974. *Social Behavior: Its Elementary Form*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- HSU, Elisabeth. 1989. «Outline of the History of Acupuncture in Europe». *Journal of Chinese Medicine*, 29: 28-32.
- HSU, Elisabeth. 1996. «Innovations in Acumoxa: Acupuncture Analgesia, Scalp and Ear Acupuncture in the People's Republic of China». *Social Science and Medicine*, 42 (3): 421-430.
- HSU, Elisabeth. 1999. *The Transmission of Chinese Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HUGHES, Everett. 1963. «Professions». *Daedalus*, 92: 655-668.
- ILLICH, Ivan. [1974] 1995. *Medical Nemesis – The Expropriation of Health*. London: Marion & Boyars.
- INGLIS, Brian. [1980] 1992. «Unorthodox Medicine after the Establishment of the National Health Service» in Saks, Mike (ed.) *Alternative Medicine in Britain*, pp. 124-134. Oxford: Clarendon Press.
- JOHNSON, Terence. 1972. *Professions and Power*. London: Macmillan.
- JONAS, Wayne B. 2002. «Policy, the Public, and Priorities in Alternative Medicine Research». *Annals of the American Academy of Political Science and Sociology*, 583: 29-43.
- KAPTCHUK, Ted. 1983. *The Web That Has no Weaver – Understanding Chinese Medicine*. New York: Congdon & Weed.
- KLEINMAN, Arthur. 1993. «What is Specific to Western Medicine?» in Bynum, W.F. & Roy Porter (eds.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol.1, pp. 15-23. London: Routledge.
- KURIYAMA, Shigehisa. 1999. *The Expressiveness of the Body and the Divergence of Greek and Chinese Medicine*. New York: Zone Books.
- LESLIE, Charles. [1976] 1998. «Introduction» in Leslie, Charles (ed.) *Asian Medical Systems*, pp. 1-12. Delhi: Motilal Banarsidas Publishers.
- LESLIE, Charles. [1978] 1980. «Medical Pluralism in World Perspective». *Social Science and Medicine*, 14B: 191-195.
- LOWENBERG, J. S. 1989. *Caring and Responsibility: The Crossroads Between Holistic Health Practice and Traditional Medicine*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- MADDALENA, Stefano. 2005. *Alternative Medicines: On the Way towards Integration? A Comparative Legal Analysis in Western Countries*. Bern: Peter Lang.
- MCCRACKEN, Grant. 1988. *The Long Interview*. Thousand Oaks: Sage.

- McQUEEN, D. V. 1985. «China's Impact on American Medicine in the Seventies: a Limited and Preliminary Inquiry». *Social Science and Medicine*, 21: 931-936.
- MERTON, Robert K. 1998. «Foreword» in Brinton, Mary C. & Victor Nee (eds.) *The New Institutionalism in Sociology*, pp. xi-xiii. Stanford: Stanford University Press.
- MOERMAN, Daniel & Wayne B. Jonas. 2002. «Deconstructing the Placebo Effect and Finding the Meaning Response». *Annals of Internal Medicine*, 136 (6): 471-476.
- MONTGOMERY, S.I. 1993. «Illness and Image in Holistic Discourse: How Alternative is Alternative». *Cultural Critique*, 25: 65-89.
- NEE, Victor. 1998. «Sources of the New Institutionalism» in Brinton, Mary C. & Victor Nee (eds.) *The New Institutionalism in Sociology*, pp. 1-16. Stanford: Stanford University Press.
- NEE, Victor. 2005. «The New Institutionalisms in Economics and Sociology» in Smelser, Neil & Richard Swedberg (eds.) *The Handbook of Economic Sociology*, Second Edition, pp. 49-74. Princeton: Princeton University Press.
- NEE, Victor & Paul Ingram. 1998. «Embeddedness and Beyond: Institutions, Exchange and Social Structure» in Brinton, Mary C. & Victor Nee (eds.) *The New Institutionalism in Sociology*, pp. 17-45. California: Stanford University Press.
- NORTH, Douglass C. 1990. *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. New York: Cambridge University Press.
- NORTH, Douglass C. 1998. «Economic Performance Through Time» in Brinton, Mary C. & Victor Nee (eds.) *The New Institutionalism in Sociology*, pp. 247-257. California: Stanford University Press.
- PARKIN, F. 1979. *Marxism and Class Theory: a Bourgeois Critique*. London: Tavistock.
- PARSONS, Talcott. [1951a] 1953. *The Social System*. Chicago: The Free Press.
- PARSONS, Talcott & Edward Shils (eds.) [1951b] 1953. *Toward a General Theory of Action*. Harvard: Harvard University Press.
- PEARL, D. & E. Schillinger. 1999. «Acupuncture and its Use in Medicine». *Western Journal of Medicine*, 171: 176-180.
- PORTER, Roy. 1987. *Disease, Medicine and Society in England 1550-1860*. Manchester: Manchester University Press.
- PORTER, Roy. 1989. *Health for Sale: Quackery in England 1650-1850*. Manchester: Manchester University Press.
- PORTER, Roy. 1994. «Quacks: An Unconscionable Time Dying» in Budd, Susan & Ursula Sharma (eds.) *The Healing Bond: The Patient-practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*, pp. 63-81. London: Routledge.
- PORTES, Alejandro. 2010. «The Concept of Institutions» in *Economic Sociology – A Systematic Inquiry*, pp. 48-70. Princeton: Princeton University Press.
- ROBARD, Isabelle. 2002. *Médecines Non-conventionnelles et Droit*. Paris: Ed. Juris-Classeur.
- SAKS, Mike. 1992a. «Introduction» in Saks, Mike (ed.) *Alternative Medicine in Britain*, pp. 1-21. Oxford: Clarendon Press.

- SAKS, Mike. 1992b. «The Paradox of Incorporation: Acupuncture and the Medical Profession in Modern Britain» in Saks, Mike (ed.) *Alternative Medicine in Britain*, pp. 183-198. Oxford: Clarendon Press.
- SAKS, Mike. [1995] 2005. *Professions and the Public Interest – Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*. London, Routledge.
- SAKS, Mike. 1998. «Professionalism and Health Care» in Field, David & Steve D. Taylor (eds.) *Sociological Perspectives on Health, Illness and Health Care*, pp. 174-191. Oxford: Blackwell.
- SAKS, Mike. 2003. *Orthodox and Alternative Medicine – Politics, Professionalization and Health Care*. London: Sage.
- SAKS, Mike. 2009. «New Challenges in Health Professional Regulation». Comunicação realizada no Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa (ISEG-UTL), Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações (SOCIOUS), 26 de Março de 2009.
- SCHEID, Volker. 2002. *Chinese Medicine in Contemporary China – Plurality and Synthesis*. London: Duke University Press.
- SERMEUS, G. 1991. «Alternative Health Care in Belgium: An Explanation of Various Social Aspects» in Lewith, George & David Aldrige (eds.) *Complementary Medicine and the European Community*, pp. 61-74. London: Saffron Walden.
- SHARMA, Ursula. 1992. *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*. London: Routledge.
- SHARMA, Ursula. 1993. «Contextualizing Alternative Medicine – The Exotic, the Marginal and the Perfectly Mundane». *Anthropology Today*, 9 (4): 15-18.
- SHARMA, Ursula. 1996. «Using Complementary Therapies: A Challenge to Modern Medicine» in Williams, S. J. & M. Calnan (eds.) *Modern Medicine: Lay perspectives and experiences*, pp. 230-255. London: JCL Press.
- SIMMEL, Georg. [1906] 1996. *Secret et Sociétés Secrètes*. Paris: Editions Circé.
- SIVIN, Nathan. 1987. «Traditional Medicine in Contemporary China» in *Traditional Medicine in Contemporary China*, pp. 3-42. Ann Arbor: University of Michigan, Center for Chinese Studies.
- SMELSER, Neil & Richard Swedeberg. 2005. «Introducing Economic Sociology» in Smelser, Neil & Richard Swedeberg (eds.) *The Handbook of Economic Sociology*, Second Edition, pp. 3-21. Princeton: Princeton University Press,.
- SMITH, Kevin R. & Wallace Sampson. 2008. «Word Use and Semantics in Alternative Medicine: A Survey of Editors of Medical and Related Journals». *The Medscape Journal of Medicine*, 10(5): 125.
- STARR, Paul. 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Books.
- STEPAN, Jan. 1983. «Typologie des Legislations Relatives à La Médecine Traditionnelle» in Bannerman, R.H. & J. Burton, C. Wen-Chieh (eds) *Médecine Traditionnelle et Couverture des Soins de Santé*, pp. 284-307. Geneva : WHO.
- THOMAS, Kate & Pat Coleman. 2004. «Use of Complementary or Alternative Medicine in a General Population in Great Britain. Results from the National Omnibus Survey». *Journal of Public Health*, 26 (2): 152-157.

- UNSCHULD, Paul. [1976] 1998. «The Social Organization and Ecology of Medical Practice in Taiwan» in Leslie, Charles (ed.) *Asian Medical Systems*, pp. 300-321. Delhi: Motilal Banarsidas Publishers.
- UNSCHULD, Paul. 1985. *Medicine in China – A History of Ideas*. Berkeley: University of California Press.
- UNSCHULD, Paul. 1992. «Epistemological Issues and Changing Legitimation: Traditional Chinese Medicine in the Twentieth Century» in Leslie, Charles & Allan Young (eds.) *Paths to Asian Medical Knowledge*. Berkeley, University of California Press: 44-61.
- UNSCHULD, Paul. 1998. *Chinese Medicine*. Massachusetts: Paradigm Publications.
- VISSER, Joost. 1991. «Alternative Medicines in the Netherlands» in Lewith, George & David Aldrige (eds.) *Complementary Medicine and the European Community*, pp. 113-124. London: Saffron Walden.
- WAGNER, Peter. 1992. «Liberty and Discipline: Making Sense of Postmodernity, or, Once Again, toward a Sociohistorical Understanding of Modernity». *Theory and Society*, 21 (4): 467-492.
- WAGNER, Peter. 1994. *A Sociology of Modernity: Liberty and Discipline*. London: Routledge.
- WAGNER, Peter. 2001. *Theorizing Modernity: Inescapability and Attainability in Social Theory*. London: Sage.
- WALLIS, Roy & Peter Morley (eds.) 1976. *Marginal Medicine*. London: Peter Owen.
- WEBER, Max. [1968] 1978. *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology*, ed. By Roth, Guenther & Claus Wittich. Berkeley: University of California Press
- WISEMAN, Nigel. 2004. «Designations of Medicines». *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 1 (3): 327-329.
- WOLPE, Paul Root. 1994. «The Dynamics of Heresy in a Profession». *Social Science and Medicine*, 39 (9): 1133-1148.
- WOLPE, Paul Root. 1999. «Alternative Medicine and the AMA» in Baker R. B. (ed.) *The American Medical Ethics Revolution*, pp.218-239. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- WOLPE, Paul Root. 2002. «Medical Culture and CAM Culture: Science and Ritual in the Academic Medical Center» in Callahan, D. (ed.) *The Role of Complementary and Alternative Medicine: Accommodating Pluralism*, pp. 162-171. Washington: Georgetown University Press.

Outra bibliografia de apoio

1. Teoria e Metodologia

- BERGER, Peter & Thomas Luckmann. [1966] 1975. *The Social Construction of Reality*. Middlesex: Penguin Books.
- BLALOCK, Hubert M. 1968. «The Measurement Problem: a Gap between the Language of Theory and Research» in Blalock, H.M & A. Blalock (eds.) *Methodology in Social Research*, pp. 5-27. New York: McGraw-Hill.
- EMERSON, Robert M. & Rachel Fretz, Linda Shaw. 1995. *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.

- FRANCO, Luísa. 2003. *Por entre as Linhas do Jornal – O Problema Social das Drogas no Diário de Notícias (1974/1993)*. Dissertação de Mestrado, mimeo. Lisboa: FCSH-UNL.
- GOMM, Roger, Martin Hammersley & Peter Foster. 2000. «Introduction» in Gomm, Roger, Martin Hammersley & Peter Foster (eds.) *Case Study Method – Key Issues, Key Texts*, pp. 1-16. Thousand Oaks: Sage.
- HAMEL, Jacques, Stéphane Dufour & Dominique Fortin. 1993. *Case Study Methods*. Thousand Oaks: Sage.
- HAMMERSLEY, Martyn. 2004. «Case Study» in Lewis-Beck, Michael S., Alan Bryman & Tim F. Liao (eds.) *The Sage Encyclopedia of Social Science Research Methods*, pp. 92-94. Thousand Oaks: Sage.
- KILMINSTER, Richard & Stephen Mennel. [2000] 2003. «Norbert Elias» in Ritzer, George (ed.) *The Blackwell Companion to Major Contemporary Social Theorists*, pp. 178-206. Oxford: Blackwell.
- MENNEL, Stephen. 1989 [1992]. «Some Principles of Process Sociology» in *Norbert Elias – An introduction*, pp. 251-270. Oxford: Blackwell.
- RODRIGUES, Maria de Lurdes. [1997] 2002. *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta.
- WAGNER, Peter. 1996. «Crises of Modernity: Political Sociology in Historical Contexts» in Turner, Stephen P. (org.) *Social Theory and Sociology: The Classics and Beyond*, pp. 97-115. Oxford: Blackwell.
- YIN, Robert K. [1984] 2003. *Case Study Research – Design and Methods*. Thousand Oaks: Sage.
- YIN, Robert K. 2004. *The Case Study Anthology*. Thousand Oaks: Sage.

2. Saúde e Medicinas

- ALDRIDGE, D. 1991. «Pluralism of Medical Practice in Germany» in Lewith, George & David Aldridge (eds.) *Complementary Medicine and the European Community*, pp. 75-81. London: Saffron Walden.
- ARMSTRONG, David. 1993. «Medical Sociology» in Bynum, W.F. & Roy Porter (eds.) *The Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. vol.2, pp. 1641-1662. London: Routledge.
- BAER, Hans A. 1989. «The American Dominant Medical System as a Reflection of Social Relations in the Larger Society». *Social Science and Medicine*, 28: 1103-12.
- BAER, Hans A. 2001b. «The Sociopolitical Status of U.S. Naturopathy at the Dawn of the 21st Century». *Medical Anthropology Quarterly*, 15 (3): 329-346.
- BAER, Hans A. 1992. «The Potential Rejuvenation of American Naturopathy as a Consequence of the Holistic Health Movement». *Medical Anthropology*, 13: 369-83.
- BASTOS, Cristiana. [1999] 2002. *Ciência, Poder, Acção: As Respostas à Sida*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- BIVINS, Roberta. 1997 «The Body in Balance: Medicine and Dynamic Equilibrium» in Porter, Roy (ed.) *Medicine: a History of Healing – Ancient Traditions and Modern Practices*, pp. 94-117. New York: Marlowe & Company.
- BOLT, Fred. 1994. «The Role of the State in the Economy» in Smelser, Neil J. & Richard Swedberg (eds.) *The Handbook of Economic Sociology*, pp. 691-710. Princeton: Princeton University Press.

- BUSBY, Helen. 1996. «Alternative Medicines/Alternative Knowledges: Putting Flesh on the Bones (Using Traditional Chinese Medicine Approaches to Healing)» in Cant, Sarah & Ursula Sharma (eds.) *Complementary and Alternative Medicines: Knowledge in Practice*, pp. 135-150. London: Free Association Books.
- CANT, Sarah & Ursula Sharma. 1996. «Demarcation and Transformation within Homeopathic Knowledge. A Strategy of Professionalization». *Social Science and Medicine*, 42 (4): 579-88.
- CANT, Sarah L. & Michael Calnan. 1991. «On the Margins of the Medical Marketplace? An Exploratory Study of Alternative Practitioners Perceptions». *Sociology of Health and Illness*, 13 (1): 39-57.
- CARAPINHEIRO, Graça. 1993. *Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*. Porto: Afrontamento.
- CASSIDY C.M. 2002. «Commentary on Terminology and Therapeutic Principles: Challenges in Classifying Complementary and Alternative Medicine Practices». *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8: 893–895.
- CULE, J. 1997. «The History of Medicine: From its Ancient Origins to the Modern World» in Porter, Roy (ed.) *Medicine: a History of Healing – Ancient Traditions and Modern Practices*, pp. 12-41. New York: Marlowe & Company.
- DINGWALL, Robert. 1994. «Litigation and the Threat to Medicine» in Gabe, Jonathan, David Kelleher & Gareth Williams (eds.). *Challenging Medicine*, pp. 46-64. London: Routledge.
- DOUGLAS, Mary. 1994. «The Construction of the Physician – A Cultural Approach to Medical Fashions» in Budd, Susan & Ursula Sharma (eds.) *The Healing Bond: The Patient-practitioner Relationship and Therapeutic responsibility*, pp. 23-41. London: Routledge.
- ELSTON, Mary Ann. 1994. «The Anti-vivisectionist Movement and the Science of Medicine» in Gabe, Jonathan, David Kelleher & Gareth Williams (eds.) *Challenging Medicine*, pp. 160-180. London: Routledge.
- FARQUHAR, Judith. 1987. «Problems of Knowledge in Contemporary Chinese Medical Discourse». *Social Science and Medicine*, 24 (12): 1013-1021.
- FARQUHAR, Judith. 1995. «Re-writing Traditional Medicine in Post-Maoist China» in Bates, Don (ed.) *Knowledge and the Scholarly Medical Traditions*, pp. 251-276. Cambridge: Cambridge University Press.
- FULDER, Stephen. [1988b] 1992. «Alternative Therapists in Britain» in Saks, Mike (ed.) *Alternative Medicine in Britain*, pp. 166-182. Oxford, Clarendon Press.
- GOLDSTEIN, Michael S. 2004. «The Persistence and Resurgence of Medical Pluralism». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29 (4-5): 925-945.
- GOLDSTEIN, Michael S., Dennis Jaffe, Carol Sutherland, & Josie Wilson. 1988. «Holistic Physicians and Family Practitioners: Similarities, Differences and Implications for Health Policy». *Social Science and Medicine*, 26 (8): 853-861.
- HAHN, R. & A. Kleinman. 1983. «Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions». *Annual Review of Anthropology*, 12: 305-333.
- HARE, Martha L. 1993. «The Emergence of an Urban U.S. Chinese Medicine». *Medical Anthropology Quarterly*, 7 (1): 30-49.

- HIERNAUX, Jean-Pierre. [1995] 1996. «Análise Estrutural de Conteúdos e Modelos Culturais – Aplicação a Materiais Volumosos» in Albarello et al. *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, pp. 156-202. Lisboa: Gradiva.
- HSU, Elisabeth. 2000. «Spiritual (Shen), Styles of Knowing, and Authority in Contemporary Chinese Medicine». *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 24: 197-229.
- HSU, Elisabeth. 2005. «Acute Pain Infliction as Therapy». *Etnofoor*, XVIII (1): 78-96.
- HSU, Elisabeth. 2007. «Learning to Be an Acupuncturist, and Not Becoming One» in Maynard, Kent (ed.) *Medical Identities – Health, Well-Being and Personhood*, pp. 101-116. Oxford: Bergham Books.
- KAPTCHUK, Ted & David Eisenberg. 2001a. «Varieties of Healing 1: Medical Pluralism in the United States». *Annals of Internal Medicine*, 135: 189-195.
- KAPTCHUK, Ted & David Eisenberg. 2001b. «Varieties of Healing 2: A Taxonomy of Unconventional Healing Practices». *Annals of Internal Medicine*, 135: 196-204.
- KELLEHER, David, Jonathan Gabe & Gareth Williams. 1994. «Understanding Medical Dominance in the Modern World» in Gabe, Jonathan & David Kelleher, Gareth Williams (eds.) *Challenging Medicine*, pp. xi-xxix. London: Routledge.
- LARKIN, Gerald. [1990] 1992. «Orthodox and Osteopathic Medicine in the Inter-Wars Years» in Saks, Mike (ed.) *Alternative Medicine in Britain*, pp.112-123. Oxford: Clarendon Press.
- LOCK, Margaret M. 1980. *East Asian Medicine in Urban Japan – Varieties of Medical Experience*. Berkeley: University of California Press.
- NICHOLLS, Phillip. [1988] 1992. «Homeopathy in Britain after the Mid-Nineteenth Century» in Saks, Mike (ed.) *Alternative Medicine in Britain*, pp. 77-89. Oxford: Clarendon Press.
- NUTTON, Vivian. 1993. «Humoralism» in Bynum, W. F. & Roy Porter (eds.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol.1, pp. 281-291. London: Routledge.
- PETERS, David. 1994. «Sharing Responsibility for Patient Care: Doctors and Complementary Practitioners» in Budd, Susan & Ursula Sharma (eds.) *The Healing Bond: The Patient-practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*, pp. 171-192. London: Routledge.
- PORKERT, Manfred. 1976 [1998]. «The Intellectual and Social Impulses Behind the Evolution of Traditional Chinese Medicine» in Leslie, Charles (ed.) *Asian Medical Systems*, pp. 63-76. Delhi: Motilal Banarsidas Publishers.
- ROTH, Julius. 1977. *Health Purifiers and their Enemies – A Study of the Natural Health Movement in the United States with a Counterpart in Germany*. New York: Prodist.
- SAKS, Mike. 1994. «Alternatives to Medicine» in Gabe, Jonathan, David Kelleher & Gareth Williams (eds.). *Challenging Medicine*, pp. 84-103. London: Routledge.
- SAKS, Mike. 1996. «From Quackery to Complementary Medicine: The Shifting Boundaries Between Orthodox and Unorthodox Medical Knowledge» in Cant, Sarah & Ursula Sharma (eds.) *Complementary and Alternative Medicines – Knowledge in Practice*, pp. 27-43. New York: The Free Association Books.
- SAKS, Mike. 1997. «East Meets West – The Emergence of an Holistic Tradition» in Porter, Roy (ed.) *Medicine: a History of Healing – Ancient Traditions and Modern Practices*, pp. 196-219. New York: Marlowe & Company.

- SHARMA, Ursula. 1994. «The Equation of Responsibility: Complementary Practitioners and their Patients» in Budd, Susan & Ursula Sharma (eds.) *The Healing Bond: The Patient-Practitioner Relationship and Therapeutic Responsibility*, pp. 82-103. London: Routledge.
- STONER, Bradley P. 1986. «Understanding Medical Systems: Traditional, Modern, and Syncretic Health Care Alternatives in Medically Pluralistic Societies». *Medical Anthropology Quarterly*, 17 (2): 44-48.
- TINDLE, H. A., R. B. Davis, R. S. Phillips & D.M. Eisenberg. 2005. «Trends in Use of Complementary and Alternative Medicine by US Adults: 1997-2002». *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(1): 42-49.
- UNSCHULD, Paul. 1975. «Medico-Cultural Conflicts in Asian Settings: An Explanatory Theory». *Social Science and Medicine*, 9: 303-312.
- UNSCHULD, Paul. 1987. «Traditional Chinese Medicine: Some Historical and Epistemological Reflections». *Social Science and Medicine*, 24 (12): 1023-1029.
- VAUGHAN, Paul. [1959] 1992. «“Secret Remedies” in the late Nineteenth and early Twentieth Centuries» in Saks, Mike (ed.) *Alternative Medicine in Britain*, pp. 101-111. Oxford: Claredon Press.
- WHORTON, James. 1988. «Patient, Heal Thyself: Popular Health Reform Movements as Unorthodox Medicine» in Gevitz, Norman (ed.) *Other Healers: Unorthodox Medicine in America*, pp. 29-51. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- WILSON, Philip. 1997. «Healers in History: A Multicultural Perspective» in Porter, Roy (ed.) *Medicine: a History of Healing – Ancient Traditions and Modern Practices*, pp. 168-195. New York: Marlowe & Company.
- WOLPE, Paul Root. 1990. «The Holistic Heresy: Strategies of Ideological Challenge in the Medical Profession». *Social Science and Medicine*, 31 (8): 913-923.
- WRIGHT, Peter. [1990] 1992. «Astrology in Seventeenth-century England» in Saks, Mike (ed.) *Alternative Medicine in Britain*, pp. 43-54. Oxford: Claredon Press.