



# **A MEDICINA TRADICIONAL CHINESA EM PORTUGAL**

---

## **ESTUDO DE ATITUDES, HÁBITOS E COMPORTAMENTOS DOS NÃO UTILIZADORES**

**Mestrado em Marketing**

**Dissertação**

**Ricardo Jorge Pita Colaço**

**Santarém, 26 de Março de 2014**

# Agradecimentos

Agradeço ao Instituto Politécnico de Santarém, mais propriamente à Escola Superior de Gestão e Tecnologia de Santarém (ESGTS), pelos conhecimentos que me transmitiram, bem como a sua influência na minha vida e forma de ver o que me rodeia.

A todos os estudos científicos que me inspiraram e ajudaram.

Ao meu orientador Dr. Luís Fé de Pinho pela disponibilidade, apoio, compreensão e esforço prestado, visando a conclusão deste trabalho científico.

Ao meu co-orientador Dr. António Moreira docente na Escola Superior de Desporto de Rio Maior (ESDRM), pelas reuniões e muitas horas disponibilizadas, pela amizade, confiança e projetos futuros. Sou-lhe eternamente grato.

Aos participantes voluntários e amigos que estiveram envolvidos, na recolha de dados qualitativos, tornando possível a aplicação do método de trabalho selecionado.

Agradeço aos meus familiares, amigos, e a todos aqueles que me apoiaram e acreditaram em mim de uma forma ou outra, expresso aqui o meu muito obrigado.

Por último à minha namorada Patrícia, mãe e pai, que infelizmente não está presente entre nós, missão cumprida.

“O que somos é consequência do que pensamos”

Buda

# Resumo

Este trabalho tem por principal objetivo compreender o comportamento do consumidor, hábitos e atitudes, identificando as principais razões pelas quais mais pessoas não recorrem à Medicina Tradicional Chinesa em Portugal. Visto esta medicina ter uma maior utilização, despertando cada vez mais o interesse pela sua crescente importância no mercado de prestação de serviços de saúde em Portugal e Resto do Mundo.

Relativamente à metodologia foi realizada uma *Focus Group*, aplicada a um grupo de 5 pessoas, não utilizadores de MTC, com idades compreendidas entre 25 e 40 anos, com rendimento mensal líquido de 1600€ a 2400€.

Os resultados evidenciam que há preocupação com a saúde e o grupo revela ter precauções quanto a esta. Quanto à MTC, existem diversos fatores que condicionam a sua utilização, e em relação ao tema notou-se falta de conhecimento, segundo o grupo a principal condicionante é a falta de divulgação e informação disponível sobre este tipo de medicina, que se traduz na não compreensão desta, levando a uma consequente rejeição por parte do consumidor. Contudo todos os participantes afirmaram não ter qualquer problema em utilizar e mostraram-se curiosos quanto à acupunctura e respetiva medicina associada.

Para uma melhor compreensão do comportamento do consumidor face às Medicinas Alternativas e MTC, seria importante a realização de um maior número de discussões de *Focus Group* com grupos que não recorreram, recorrem e grupos que recorreram, mas já não recorrem à MTC, com idades compreendidas entre 25 e 40 anos e mais de 40 anos.

Palavras-chave: Marketing da Saúde, Comportamento do Cliente, *Focus Group*, Medicina Tradicional Chinesa, Portugal.

# Abstract

This work has as main goal to identify and to understand the reasons why people do not turn to Traditional Chinese Medicine in Portugal. According to Coimbra, Traditional Chinese Medicine is a system of diagnosis and health care that has evolved over the last three thousand years. The first records found relate to the year 1000 BC to Chang dynasty ,by that time problems of sophisticated medicine had already been addressed.

Since the 50's the Traditional Chinese medicine has been taking more and more importance in Western countries, including the United States and the United Kingdom.

In the empirical study was used the methodology of Focus Group , applied to one non-user group of 5 people MTC , aged between 25 and 40 years .

The results show that there are many factors that determine the use of TCM, namely the lack of disclosure and information available on this type of medicine, which consequently translates into lack of understanding regarding how it operates and its benefits . However, participants in the study said they did not have any problem using MTC, showing curiosity related to acupuncture and its use.

For a better understanding of consumer behavior in the face of Alternative Medicines and MTC we consider important to develop a greater number of focus group discussions, in particular with participants who use or have already resorted to MTC.

**Key – words:** Marketing, consumer behavior , Focus Group ,Traditional Chinese Medicine

# Lista de abreviaturas

APADA - Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas

BE - Bloco de Esquerda

CEE- Comunidade Económica Europeia

DGS - Direção Geral de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP

MAC - Medicina Alternativa Complementar

MNSRM - Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

NCCAM - *National Centre for Complementary and Alternative Medicine*

MI - Medicina Integrada

MC - Medicina Convencional

MTC - Medicina Tradicional Chinesa

OCDE - Office of Community and Economic Development

OMP - Ordem dos Médicos portuguesa

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPSS - Observatório Português da Saúde

PS - Partido Socialista

SPR - Sistema de Preço de Referência

SNS - Serviço Nacional de Saúde

U.E - União Europeia

# Índice

Introdução .....	10
<b>1.1 – O Sistema Nacional de Saúde em Portugal .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 – Caracterização e Tendências da Saúde dos Portugueses .....</b>	<b>15</b>
<b>1.3 – Estado dos medicamentos em Portugal .....</b>	<b>16</b>
2. – Medicinas Alternativas Complementares .....	20
<b>2.1 - A Medicina Alternativa Complementar .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2 – A regulamentação da Medicina Alternativa Complementar .....</b>	<b>22</b>
<b>2.3 - A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) .....</b>	<b>24</b>
<b>2.4 - Medicina Integrada .....</b>	<b>26</b>
3. Marketing .....	28
<b>3.1 - Comportamento do Consumidor .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 – Comportamento do Consumidor na Saúde .....</b>	<b>36</b>
4. Método utilizado.....	40
<b>4.1 - Discussão de <i>Focus Group</i>.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2 – Escolha do Método.....</b>	<b>41</b>
<b>4.3 – Aplicação do método de <i>Focus Group</i>.....</b>	<b>42</b>
4.3.1 Equipa de trabalho.....	42
4.3.2 Seleção dos participantes.....	43
4.3.3 Organização da discussão.....	45
4.3.4 Guião da discussão .....	45
4.3.5 Condução da Discussão .....	46
4.3.6 Registro da Discussão .....	47
4.3.7 Análise dos Resultados.....	47
5. – Apresentação e Análise de Resultados .....	49

<b>5.1</b>	<b>- Introdução</b>	49
<b>5.2</b>	<b>- Apresentação dos Resultados</b>	50
<b>5.3</b>	<b>- Análise</b>	67
6.	- Conclusões	72
7.	- Bibliografia	75
8.	- Apêndices	80
9.	- Anexos	83

# Índices de Figuras

Figura 1- Fatores de influência no processo de decisão de compra .....	29
Figura 2 - Etapas do processo de compra .....	33

# Índices de Tabelas

Tabela 1- Tipologia do comportamento de compra.....	34
---	----

# **1 INTRODUÇÃO**

## **1.1 O Sistema Nacional de Saúde em Portugal**

## **1.2 Caracterização e Tendências da Saúde dos Portugueses**

## **1.3 Estado dos medicamentos em Portugal**

## **Introdução**

Em Portugal deu-se consideráveis melhorias na saúde nas últimas décadas, não esquecendo a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS).

A Medicina Convencional (MC), continua a assumir um papel central de extrema importância para todos os cidadãos, contudo a globalização e novas tecnologias deram a conhecer novas medicinas, novas alternativas por sinal, mais naturais e muitas delas com provas científicas das suas capacidades terapêuticas, estas mudanças aliadas a uma crescente preocupação por parte do consumidor na saúde, levaram ao aumento do bem-estar, e um conjunto de opções mais variadas, face ao mercado.

Quanto à Medicina Tradicional Chinesa (MTC), nos últimos quarenta anos, tem-se assistido a uma mudança, a acupunctura tem tido uma crescente utilização no Ocidente e em Portugal, aumentando cada vez mais a sua importância. A ciência positivista tem dificultado o envolvimento de cientistas no desenvolvimento, estudo e desenvolvimento de algumas práticas da MTC, contudo os seus processos e conceitos têm sido constantemente modernizados, facilitando o processo de compreensão.

A informação disponível sobre a MTC em Portugal é reduzida. Existem alguns trabalhos académicos publicados sobre este tema, contudo nota-se que o assunto não é muito explorado e esta medicina ainda é desconhecida pela grande maioria dos portugueses. Daí a importância da realização de estudos científicos que permitam compreender o comportamento do consumidor e suas opções em relação a este tipo de medicina.

Este trabalho tem por principal objetivo identificar as razões pelas quais as pessoas não recorrem à MTC e, assim, entender o seu comportamento neste domínio.

Neste estudo foi efetuada uma pesquisa bibliográfica através de livros, artigos, estudos científicos e dissertações sobre a medicina convencional e tradicional chinesa, assim como sobre o comportamento do cliente, em especial no sector da saúde.

Em relação ao estudo empírico para obtenção de informação primária, utilizou-se a metodologia de *Focus Group* considerada, por diversos autores, como a mais adequada para compreender o comportamento do consumidor e recolher perceções, ideias e sentimentos relativamente à saúde.

Em termos da estrutura do trabalho, este é composto por cinco capítulos.

No primeiro, é feita uma introdução ao tema em estudo, aos seus objetivos, à metodologia utilizada, assim como à estrutura do trabalho.

O segundo capítulo trata a saúde atualmente praticada em Portugal, nomeadamente SNS e tendências quer da saúde dos portugueses, como também dos medicamentos.

O terceiro capítulo serve de introdução às Medicinas Alternativas Complementares (MAC), onde se insere a MTC, medicina sobre o qual recai o trabalho de pesquisa, devido à sua crescente importância em Portugal.

O marketing e comportamento do consumidor são tratados no quarto capítulo, onde se procura explicar as influências que afetam o consumidor nas suas decisões de compra (serviço, medicamento ou tratamento), abordando sobretudo a relação prescritor e consumidor.

O quinto capítulo é dedicado ao método de pesquisa qualitativo *Focus Group*, assim como ao porquê da sua utilização, viando a apresentação e análise dos dados recolhidos.

O sexto e último capítulo é dedicado à apresentação das conclusões onde se poderá retirar informações, com a finalidade de se dar uma resposta relativa ao consumo de Medicinas Alternativas em Portugal, mais especificamente à Medicina Tradicional Chinesa.

# Introdução ao Sector da Saúde em Portugal

## 1.1 O Sistema Nacional de Saúde em Portugal

De acordo com o OPSS (Observatório Português da Saúde), embora o desenho fundamental do SNS, tenha levado dez anos a ser implementado, Mozzicafredo & Monteiro (2000) foi consagrado pela regulamentação jurídica em 1979 o Sistema Nacional de Saúde, Decreto-Lei nº56/79, de 26 de Agosto, considerado um dos marcos mais importantes relativamente à saúde em Portugal, com o objetivo de universalidade, generalidade e gratuidade, dando-se a transferência dos hospitais das Misericórdias para o Estado (Eira, 2010).

Passava assim a ser garantido o acesso a todos os cidadãos portugueses ou estrangeiros à saúde, independentemente da condição social e económica em que estes se inserissem, tentando criar uma espécie de “*igualdade*”, assente em estruturas do Estado, tanto a nível de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) como secundários (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições Especializadas), indo em conta com o princípio de que os serviços sejam disponibilizados e estruturados pra servir os interesses dos seus utilizadores, os utentes (Eira, 2010).

Um sistema de saúde, segundo Almeida & Duarte, (1999) pode ser visto como “*conjunto dos diversos tipos de recursos que o Estado, a sociedade, as comunidades ou simples grupos de população reúnem para organizar a proteção generalizada de cuidados na doença e na promoção de saúde*”. A partir da definição acima descrita, é possível entender que o SNS é uma estrutura bastante complexa, com muitos intervenientes e partes interessadas.

A Revolução de 25 de Abril de 1974 e a adesão à Comunidade Económica Europeia (CEE), atual União Europeia (EU), foram determinantes para Portugal evoluir em termos Sociais, Culturais e Económicos, possibilitando uma melhoria significativa nas condições de vida da população (de Campos, 2008).

As últimas décadas, conferiram melhorias, que estão à vista de todos, a esperança média de vida tem aumentado e a mortalidade infantil tem diminuído Eira, (2010). Por exemplo, a política de vacinação que nos últimos anos em Portugal atingiu valores de imunização acima dos 90%. (de Campos, 2008).

Segundo Barbosa, (2012), *“a construção de infraestruturas para prestação de cuidados de saúde possibilitou uma maior universalidade no acesso aos cuidados de saúde, e conseqüentemente contribuiu de forma extraordinária para os indicadores de saúde que atualmente se registam”*.

*“Em 2008, em Portugal, a Esperança Média de Vida à Nascimento para os Homens era de 75,5 anos, e para as Mulheres de 81,7 anos (tendo aumentado mais de 11 anos num intervalo de 40 anos, apresentando valores semelhantes aos da média dos países da OCDE (em 2007, a Esperança Média de Vida à Nascimento para os Homens era de 76,3 anos e para as Mulheres de 81,9 anos”*. (Eira, 2010)

Relativamente ao sector privado na década de 80, não tinha grandes hipóteses de prosperar, devido à generalização do acesso e à gratuitidade de cuidados de saúde na rede do SNS, quer porque era entendido como dependente de possíveis ineficiências do sector público (Eira, 2010). *“Hoje é visto como um sector dinâmico, em grande desenvolvimento e ainda com potencial de crescimento”*.

Este tem atualmente um peso importante na economia portuguesa, com ambiciosos objetivos de crescimento e uma visão bastante ponderada segundo defende (Ribeiro, 2009). *“A comprovar esta ideia podem apresentar-se os mais de 500 milhões de euros de volume de negócios que em 2007 pertenceram aos principais grupos de saúde privados (José de Mello Saúde, Hospitais Privados de Portugal e Espírito Santo Saúde)”* (Eira, 2010). Conclui-se que o sector privado está a adquirir uma importância crescente no sistema de saúde português, tornando-se também igualmente importante em termos económicos.

Atualmente, o OPSS lançou o Relatório de Primavera 2013 *“Duas faces da saúde”*, por considerar que *“estamos em presença de dois mundos que coexistem paralelamente – o oficial, dos poderes, onde se afirma que as coisas vão mais ou menos bem, previsivelmente melhorando a curto prazo; e um outro, o da experiência real das pessoas, em que se assiste a um cada vez maior empobrecimento, a um desemprego crescente, a problemas de acesso a cuidados de saúde e, conjuntamente, a uma considerável descrença em relação ao presente e também ao futuro.*

Para o OPSS, estamos hoje aparentemente, perante uma sociedade dividida. *“Esta separação entre esses dois mundos, que raramente se encontram e dialogam pouco um com o outro, está no centro das preocupações do OPSS e na origem de alguns dos nossos problemas mais importantes.”*

*“No último ano da governação da saúde, podemos verificar a coexistência dessas duas faces – uma, a da gestão dos recursos da saúde, ilustrada através da racionalização e da capacidade para mobilizar recursos financeiros e uma outra que representa os efeitos na saúde das pessoas e no sistema de saúde, resultantes da atual conjuntura económica, financeira e social, mas também da ausência de uma base de apoio sólida aos projetos de longo prazo”.* O sistema de saúde que é oferecido aos portugueses aparte de limitações, não esquecendo as descontinuidades políticas, que prejudicam fortemente o sector com tentativas de reformas do sistema que nunca chegaram a ser completadas ou implementadas, está a ser conduzido para a insuficiência e desigualdade na prestação de serviços, penalizando o utente.

Segundo o Relatório de Primavera 2013, o SNS é património dos portugueses, *“Foi construído por eles e foi pago por eles. Dele esperam beneficiar. Nele trabalha parte importante dos profissionais de saúde.”*, *“Das pessoas e para as pessoas”*.

*“O SNS só será sustentável se se modernizar, se se adaptar às circunstâncias. E, isso não pode ser feito por uma parte dos portugueses contra outra parte. Um património tem de ser preservado e mantido, sem divisões”*.

*“Necessitamos, por isso, de uma profunda reflexão que ultrapasse o fosso existente entre os dois mundos paralelos – o oficial e o real, o disponível e o necessário – e nos conduza a um SNS renovado, melhorado, modernizado e com futuro”*.

Muita coisa mudou desde que foi criado o SNS, dos importantíssimos avanços até a uma possível estagnação, numa área cada vez mais competitiva e tecnológica, o Estado poderá ter no futuro uma ação mais reguladora que interventiva, garantindo a prestação de serviços e regulando as atividades. O acesso aos cuidados de saúde de qualidade são um direito fundamental que deve ser reconhecido e valorizado pelo Estado e pelos cidadãos.

## 1.2 Caracterização e Tendências da Saúde dos Portugueses

O envelhecimento demográfico é uma realidade mundial e, de acordo com o último Censos realizado pelo Instituto Nacional de Estatística INE (2012), em Portugal a população residente total encontra-se em 10.562.178 habitantes. Verifica-se que a população ativa manteve-se estável ao longo dos últimos 10 anos, tendo aumentado o número de pessoas com idades superiores a 65 anos.

*“Em resultado desta tendência, o índice de envelhecimento aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011. Nesse mesmo período, a proporção de jovens (população dos 0 aos 14 anos de idade) decresceu de 16,2% para 14,9% da população residente total. No mesmo período, a proporção de pessoas em idade ativa (população dos 15 aos 64 anos de idade) também se reduziu de 67,3% para 66,0%, verificando-se simultaneamente o aumento da percentagem de idosos (população com 65 ou mais anos de idade) de 16,6% para 19,0%.”* (INE, 2012)

Nas últimas décadas deu-se uma redução na taxa de natalidade e taxa de mortalidade, conduzindo a população para o envelhecimento, originando um fenómeno demográfico bastante visível na densidade populacional. Segundo George, et al., (2007) Portugal, é um país com população envelhecida, cujas doenças associadas ao envelhecimento aumentaram, tais como: diabetes, doenças músculo-esqueléticas, doenças neurológicas e doenças vasculares.

A doença que merece maior destaque é a diabetes, que segundo Barbosa, (2012) registou um aumento alarmante, e terá que ser promovido um maior controlo e acompanhamento aos utentes que dela sofrem.

*“As doenças que em 1980 compreenderam as principais causas de morte, como as doenças do aparelho circulatório e tumores malignos, continuam a ser as mesmas passados mais de trinta anos”* (Barbosa, 2012).

Os comportamentos quotidianos pouco saudáveis dos portugueses, refletem-se num crescente aumento do consumo de tabaco, álcool. Em termos de estilos de vida, o peso excessivo, remete-nos para a obesidade e diabetes associados ao sedentarismo, o que faz com que com o avançar da idade se dê uma redução no estado de saúde do

individuo, Barros, (2003) outras doenças em ascensão são o *stress* e consequente depressão George, et al., (2007), é importante referir que existe uma fácil ligação entre estas doenças, por serem associadas, contudo não se poderá estereotipar, sendo cada caso único, sendo que se trata de saúde.

Em termos de doenças crónicas, as principais apontadas pelos portugueses, por ordem decrescente, são as lombalgias, artrites, alergias, sinusites, hipertensão arterial, problemas renais, problemas e visão, úlceras, problemas de coração, outras doenças crónicas, problemas de audição, problemas musculoesqueléticos, doença pulmonar obstrutiva crónica, problemas de pele, diabetes, hepatite, enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença da próstata, doenças oncológicas, doenças sexualmente transmissíveis, tuberculose e por último a SIDA. (Ferreira & Ferreira, 2006).

### **1.3 Estado dos medicamentos em Portugal**

Em 1993, a criação da Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, IP (INFARMED), veio permitir uma grande evolução na política de saúde em Portugal, segundo Barbosa, (2012). Esta acompanha os medicamentos existentes no mercado, na sua qualidade e práticas de marketing, utilizadas pelas empresas do sector farmacêutico.

De acordo com Ribeiro (2013), *“o medicamento é um ponto fundamental no processo de cura ou manutenção de um estado de saúde aquando a existência de uma doença”*.

Visto o mercado dos medicamentos representar uma fatia importante no Orçamento de Estado para a Saúde, segundo Ribeiro, (2013), foram tomadas algumas medidas para reduzir os custos, aplicadas nos últimos anos no sector:

#### **Aumento da quota de genéricos**

A entrada dos medicamentos genéricos no mercado português, é considerada uma das medidas mais importantes, tendo em vista o controlo do crescimento dos custos com medicamentos, não esquecendo o período de crise económica e social em Portugal e um

pouco por todo o mundo Ribeiro, (2013). Facilitando sobretudo, o acesso aos medicamentos por parte dos utentes que deles necessitam, funcionando como uma alternativa aos medicamentos de marca (Maria, 2007).

O ano 2000 foi o ponto de partida para o crescimento da quota de mercado dos medicamentos genéricos, quer em valor ou volume, até aos dias de hoje, através de medidas de promoção dos medicamentos genéricos dirigidas ao público em geral, profissionais de saúde e indústria farmacêutica (Maria, 2007).

Na primeira década assistiu-se a um forte desenvolvimento e crescimento de mercado dos genéricos, onde algumas medidas adotadas também contribuíram para o sucesso deste mercado, como os 10% de comparticipação do Estado Português em 2002, a promoção realizada a partir de 2000, tal como acima mencionado e a introdução do Sistema de Preço de Referência (SPR) em 2002 (Barbosa, 2012).

Ainda assim na segunda metade da década, houve uma desaceleração do crescimento do mercado dos genéricos, em parte explicada pela suspensão da majoração dos 10% na comparticipação. Contudo esta desaceleração permitiu que em 2011 a quota de mercado superasse, pela primeira vez a registada em valor (Barbosa, 2012).

### **Estabelecimento de preços de referência**

O SPR foi estabelecido em 2002, com o intuito de controlar os custos, Ribeiro, (2013). Segundo o INFARMED, este sistema consiste no valor sobre o qual incide o valor de comparticipação no preço de venda ao público (PVP) dos medicamentos, por grupo homogéneo.

Essa informação encontra-se no Despacho conjunto n.º 865-A/2002, de 5 de Dezembro e na Deliberação n.º4/2003, de 13 de Dezembro de 2002.

### **Medicamentos não sujeitos a receita médica**

Segundo o INFARMED, os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) são todos aqueles, do qual não necessitam de prescrição médica, por outras palavras a venda e consumo é livre. (Ribeiro, 2013)

## **A comparticipação**

A comparticipação, tem em conta o PVP aprovado e incide sobre o preço individual de cada medicamento, grupo de medicamentos ou encargos associados a determinadas terapêuticas (Ribeiro, 2013).

## **Modelo de prescrição de medicamentos**

Entrou em vigor a 1 de Agosto de 2011. Esta tem por base regras de prescrição atualizadas, através de um *software* de prescrição médica, com o objetivo de facilitar a escolha de medicamentos mais baratos, ganhando o SNS e o utente (Ribeiro, 2013).

Segundo Ribeiro, (2013) *“todas as medidas referidas foram desenvolvidas, no intuito de melhorar a regulação a formação e atualização dos preços dos fármacos, para tornar o mercado mais competitivo e, deste modo, originar ganhos de saúde e económicos quer para o consumidor final quer para o Estado”*.

## **2 MEDICINAS ALTERNATIVAS COMPLEMENTARES**

**2.1 A Medicina Alternativa Complementar**

**2.2 A regulamentação da Medicina Alternativa Complementar**

**2.3 A Medicina Tradicional Chinesa (MTC)**

**2.4 Medicina Integrada**

## 2. Medicinas Alternativas Complementares

### 2.1 A Medicina Alternativa Complementar

Segundo o *National Centre for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), a Medicina Alternativa (MAC) “*é constituída por diversos sistemas, práticas, produtos médicos e cuidados de saúde que atualmente não são considerados parte da medicina convencional*”, “*Embora exista evidência científica que comprova a validade de algumas terapias da medicina alternativa e complementar, para a maioria ainda não foram encontradas respostas - quanto à sua segurança e adequação face às condições ou doenças para as quais são utilizadas - através de estudos científicos credíveis*”. (Medicine, N. C. f. C. a. A., 2008)

As medicinas alternativas/complementares existem há milhares de anos, englobam um “*vasto número de filosofias, abordagens e de terapias*” (Policarpo, 2012).

Para Astin, et al., (1998), a Medicina Ocidental coloca três principais objeções à Medicina Alternativa Complementar:

1. Falta de conhecimento, principalmente ao nível diagnóstico;
2. O risco de uma utilização inconveniente por parte do utilizador, podendo este recorrer à medicina convencional tardiamente;
3. Falta de evidência e garantias, embora exista estudos que evidenciam a eficácia de algumas terapias da MAC.

De acordo com o autor Giddens, (1991), existem riscos associados à Medicina Convencional (MC), que levam os indivíduos a diminuir a sua confiança na ciência e nos peritos médicos. Uma maior consciência de riscos tais como, efeitos secundários de intervenções médicas, e efeitos secundários de fármacos, aliada a uma maior informação por parte dos cidadãos através da globalização, levam por vezes estes a recorrerem a outras alternativas contribuindo para um “regresso ao natural”.

Segundo Capra, “*a impressionante desproporção entre o custo e a eficácia da medicina moderna*”, realçando que “*As intervenções biomédicas, embora extremamente*

*úteis em emergências individuais, têm muito pouco efeito sobre a saúde de populações inteiras"; nem às doenças crónico-degenerativas, tidas pela ciência médica "... como consequência inevitável do desgaste geral, para o qual não existe cura" . (Capra, s.d.)*

Queiroz fala de uma *"crise profunda"* da prática e do saber da MC, que *"... se refere à crise de seu paradigma dominante... o positivismo"*, cujo sintoma principal é *"... produzir serviços extremamente caros e ineficazes"* mostrando que *"... historicamente, o desenvolvimento da Medicina Convencional implicou a perda de uma visão unificadora do paciente, e deste com seu meio ambiente físico e social"* e que este é *"... um fenômeno recente e sem similar, quando confrontado com sistemas médicos não-ocidentais. Nesses sistemas médicos alternativos... o fator social existe como componente fundamental, ao contrário do que ocorre com o paradigma dominante da medicina ocidental moderna."* (Queiroz, 1986).

*"Assim, se por um lado, uma possível insatisfação com a MC poderá favorecer a procura de práticas alternativas, por outro lado, as propostas apresentadas pelas terapias alternativas poderão ser atrativas por si próprias, indo de encontro ao que os seus utilizadores procuram"* (Silva, 2008).

Segundo Silva, (2008), as MAC, tem vindo a aumentar e a expandir a sua popularidade em países ocidentais, tal como Portugal, sendo importante destacar que esses mesmos Países, adotam a ciência Ocidental e o método científico como pilares dos cuidados de saúde.

## 2.2 A regulamentação da Medicina Alternativa Complementar

A regulamentação da MAC em Portugal teve início no começo deste século, como forma de assegurar os parâmetros de qualidade, creditação e certificação dos profissionais em defesa da saúde pública (Silva, 2008).

Segundo Pedro Choy, presidente da - Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas (APADA), o futuro das medicinas não convencionais estaria a ser posto em causa pelo lóbi farmacêutico e médico em querer impor a prescrição médica, ou que tais praticas fossem supervisionadas por um médico, como condição necessária para a sua prática, o que aniquilaria completamente as MAC. “...*Os médicos convencionais nunca receitarão tratamentos que se baseiam em princípios completamente diferentes e que eles não conhecem*”, especulando sobre a imparcialidade da comissão técnica consultiva que é maioritariamente constituída por elementos representativos da medicina convencional que aprovam o que quiserem.

De uma batalha longa entre políticos, representantes da profissão médica e profissionais da MAC na sociedade portuguesa, em 15 de Julho de 2003, o Parlamento Português regulamentou as seguintes terapêuticas: acupunctura, homeopatia, osteopatia, fitoterapia, quiropraxia e naturopatia, dando-se a aprovação do Diploma Legal (Lei nº 45/2003 – Lei do Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais). Que foi publicada no Diário da República a 22 de Agosto de 2003.

Desta nova lei destaca-se a influência da OMP – Ordem dos Médicos Portugueses, na sua elaboração, pois foi abandonado o termo “medicinas” para “terapêuticas não convencionais”, introduzindo um conceito sociopolítico.

Os embates entre as primeiras tentativas de regulamentação desencadeadas por BE – Bloco de Esquerda e PS – Partido Socialista, tiveram o seu parecer da OMP e deixaram marcas nos princípios orientadores da MAC, são eles:

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

2 - A defesa da saúde pública, no respeito do direito individual de proteção da saúde.

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

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

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

*“No seguimento desta Lei, através da oficialização do despacho conjunto nº 261/2005 foi designada uma comissão técnica consultiva responsável pelo estudo e pela proposta de parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais e constituída por elementos do Ministério da Saúde, da Educação e da Ciência e Ensino Superior, das terapias a regulamentar e, se necessário por peritos com funções até término da implementação do processo de credenciação, formação e certificação dos profissionais”.* (Policarpo, 2012)

A regulamentação das seis terapêuticas acima descritas, trouxe mudanças positivas, destacando-se quanto à acupunctura, a criação da respetiva competência em 14 Maio de 2002, através da ordem dos médicos, fazendo com que o reconhecimento da competência se dê após uma pós-graduação (Policarpo, 2012).

O Primeiro curso de pós-graduação em MTC em solo português iniciou-se em no Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar, seguindo-se outras instituições, como a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Instituto Superior de Línguas e Administração Policarpo, (2012) e Universidade de Évora com a cooperação da Escola Superior de Medicina Chinesa Dr. Pedro Choy – Pólo da Universidade de *Chengdu* na China (Silva, 2008).

Em 2009 o SNS já contava aproximadamente com 200 médicos com pós-graduações em acupunctura, realizando por ano, aproximadamente três mil a quatro mil consultas, em seis hospitais e num centro de saúde de Lisboa.

## 2.3 A Medicina Tradicional Chinesa (MTC)

De acordo com Manuila, et al., (2000), a palavra medicina aparece nos dicionários de especialidade como sendo a “*ciência das doenças e do seu tratamento*” ao passo que o conceito de medicina tradicional como o “*conjunto dos conhecimentos populares empíricos utilizados para identificar, prevenir ou suprimir um desequilíbrio físico, mental ou social*”.

A MTC, sempre fez parte do sistema terapêutico chinês, esta medicina está documentada há pelo menos mais de 5000 anos e hoje é conhecida e praticada globalmente. A partir de saberes e práticas ancestrais, foca-se na ciência da compreensão do processo funcional da natureza e como ela existe no interior do ser humano. (Souza, 2008).

De acordo com Coimbra, (2011), “*A Medicina Tradicional Chinesa é um sistema de diagnóstico e cuidados de saúde que tem vindo a evoluir ao longo dos últimos três mil anos. Os primeiros registos encontrados reportam para o ano de 1000 a.C. à dinastia Chang, em que na altura já abordavam problemas da medicina sofisticados*”.

Para Damas, (2010) as últimas décadas têm sido importantes para a divulgação das medicinas alternativas, incluindo a MTC. “*Desde os anos cinquenta que a Medicina Tradicional Chinesa tem vindo a ter cada vez mais importância nos países ocidentais, incluindo os Estados Unidos da América e o Reino Unido. Apesar da crescente relevância na cultura ocidental, esta medicina ainda enfrenta nestes países uma forte resistência à sua prática, tanto pela medicina ocidental como através da limitação no reconhecimento governamental*”.

A MTC, sofreu uma expansão mundial e ao ter sido reajustada de forma objetiva e criteriosa à modernidade, baseia-se em conceitos pragmáticos, para melhor orientar o diagnóstico e compreensão deste tema (Greten, 2008).

Segundo Porket, (1983) o Yin define-se, como sendo a parte estrutural, algo estático, a somatização fisiológica, bem como o respeito patológico. Enquanto o Yang representa ação, em alterações, modificações, que pode desaparecer, destruir ou mesmo surgir como algo disperso. Nei Jing Su Wen, afirma que seguir as leis do Yin e do Yang, resulta na ordem, que se traduz-se em vida, caso contrário significa o caos e morte. (Su Wen, 2003)

Pregadio, (2014), considera o Huái Nán Zi o texto que melhor identifica as relações entre as noções cosmológicas de Yin e Yang, de Wu Xíng, é nesse cenário cosmológico que os textos médicos são desenvolvidos.

Para os teóricos da MTC, Zhang Zai (1020-1077 d.C) e Xun Kuang (313-238 a.C.), o Qi (Chi) é considerado material e imaterial ao mesmo tempo, com a capacidade de se manifestar de diferentes formas, dependendo apenas de sua tendência para Yin ou Yang.

O Qi é definido como “energia”, ou “energia vital”, que circula ao longo dos condutos. Existem 3 tipos de Qi: Qi *nutritivum*, o qi que nutre, o Qi *defensivum* o que protege e Qi original é proveniente do Yin (Greten, 2008).

Segundo ... a MTC, associa o Homem a um ser energético que para além do corpo, é também constituído por um sistema de canais (meridianos), por onde circula a energia vital, o Qi. Esta energia compreende, entre outras, a energia mental, sensorial e anatómica (Greten, 2008).

De acordo com (Jacinto, 2012), são sete os principais métodos de tratamento na MTC:

1. Acupuntura, (baseia na inserção de agulhas no meridianos do corpo)
2. Moxa, (terapias a partir do calor);
3. Massagem Tui Na, (desfaz bloqueios e fortalecer o paciente);
4. Fito farmacoterapia, (tratamentos com medicamentos à base de plantas medicinais);
5. Dietética, (terapias com base no emagrecimento);
6. Psicoterapia e prática física, Tai Chi (inclui, o conceito de Chi entre os seus princípios filosóficos);

7. Psicoterapia e prática física, Chi Gong (inclui, o conceito de Chi entre os seus princípios filosóficos).

Para Coimbra, (2011), *“A acupunctura é uma das componentes fundamentais na (MTC) que ajuda a prevenir e tratar doenças através da inserção de agulhas em certos pontos do corpo”*. Essas agulhas são colocadas em determinados pontos específicos do corpo, com a finalidade de estimular o sistema nervoso central e periférico a liberar neurotransmissores que favoreçam o processo de restauração e manutenção de saúde do corpo (Jacinto, 2012).

*“A MTC confere grande importância ao tratamento preventivo”*. *“Para além da intervenção preventiva, a acupunctura apresenta a vantagem de ser uma terapêutica não tóxica e com poucas contraindicações (emergências médicas e cirúrgicas, tratamento de tumores malignos e alterações na coagulação) servindo como uma opção válida para o tratamento de muitas doenças e/ou sintomas”* (Leite, 2010).

Desraizada, a MTC tem sido divulgada pelas populações. Acupunctura tem apresentado nos últimos 40 anos, tem vindo a expandir-se no mundo ocidental, assumindo um grande destaque no Oriente. *“A sua eficiência aliada a sua inocuidade, bem como as características específicas da sua prática, ou seja, a atenção dada aos consulentes e os tratamentos individualizados, justificam a sua procura”* (Leite, 2010)

Esta expansão da acupunctura para Palmeira, (1990) enquanto recurso de saúde no ocidente poderá ser em parte explicada pela “crise” da medicina convencional que, por sua vez, espelha a “crise” do paradigma cartesiano.

A OMS recomenda e incentiva o uso desta terapia, tendo publicados alguns documentos científicos que promovem a sua prática segura WHO *Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture*, (1999) e de incentivar a sua integração nos sistemas de saúde dos vários países a nível mundial.

De acordo com a OMS, seguem algumas das patologias para as quais foi comprovado, que a acupunctura é um tratamento eficaz, após ensaios clínicos:

Doenças: Artrite reumatoide; Epigastrialgia; Cólica biliar e renal; Hipertensão; Cotovelo de tenista; Hipotensão primária; Correção da má posição fetal; Indução do

trabalho de parto; Depressão; Leucopenia; Disenteria bacilar; Náuseas e vômitos; Dismenorreia; Periartrite do ombro; Disfunção motora após acidente vascular cerebral; Reações adversas de radioterapia e/ou quimioterapia e Rinite alérgica;

Dores: Ciática, de cabeça, facial, de joelho, lombar, de pescoço, e pós-operatória.

## 2.4 Medicina Integrada

A Medicina Integrada (MI), ou Medicina Integrativa, integra elementos da Medicina Alternativa e/ou Complementar em planos de tratamento sólidos na Medicina Oficial/Convencional, fazendo com que a distância entre medicinas dê lugar à complementaridade no Ocidente. (Palmeira, 1990)

Para Riss & Weil, (2001), a MI “*descreve a prática médica que desenvolve planos de tratamento que incorporem de forma seletiva na sua ação, elementos da medicina alternativa e complementar conjuntamente com métodos de diagnóstico e tratamento ortodoxos*”.

Segundo Palmeira (1990), a política de integração entre Medicina Alternativa Complementar e Medicina Convencional, praticada na China desde 1949, permitiu um grande desenvolvimento não só na prestação de cuidados de saúde do povo chinês, como para a própria MTC, auferindo-lhe maior credibilidade, que permitiu a expansão desta medicina.

A política em causa, permitiu ao Oriente, o desenvolvimento de novas técnicas terapêuticas, conjugando o saber milenar com o saber e a técnica ocidentais.

Enquanto que no Ocidente, o saber tradicional é posto de parte, insistindo na negação da possibilidade de outras medicinas, com lógica e características próprias. (Palmeira, 1990)

De acordo com o NCCAM, esta apresenta uma tendência crescente, bem como elevadas garantias de segurança e eficácia. (Medicine, 2008)

Segundo Palmeira, (1990) há tendência para uma maior colaboração por parte das medicinas. As tentativas de aproximar ambas as medicinas têm vindo a crescer, passando pela premissa de não competirem entre si, mas aplicarem conhecimentos mútuos que defendam os interesses do utilizador, privilegiando estes.

Segundo Policarpo, (2012), existem três tipos de estruturas de sistemas de saúde atualmente:

1. Os que partilham de um sistema de saúde integrado como por exemplo, a China, República da Coreia e Vietname;
2. Os que adotam a MI, e têm um sistema que reconhece a Medicina Tradicional e as MAC, mas esta não está totalmente inserida no sistema de saúde, como por exemplo os Estados Unidos da América;
3. Os que não reconhecem oficialmente a Medicina Tradicional e as MAC como terapias ou práticas que possam melhorar o SNS, como por exemplo em Portugal.

## **3 MARKETING**

### **3.1 Comportamento do consumidor**

### **3.2 Comportamento do consumidor na Saúde**

## 3. Marketing

### 3.1 Comportamento do Consumidor

O comportamento do consumidor e a sua compreensão assumem um papel preponderante, numa ótica de marketing visando a satisfação das necessidades dos consumidores (Kotler & Armstrong, 2010).

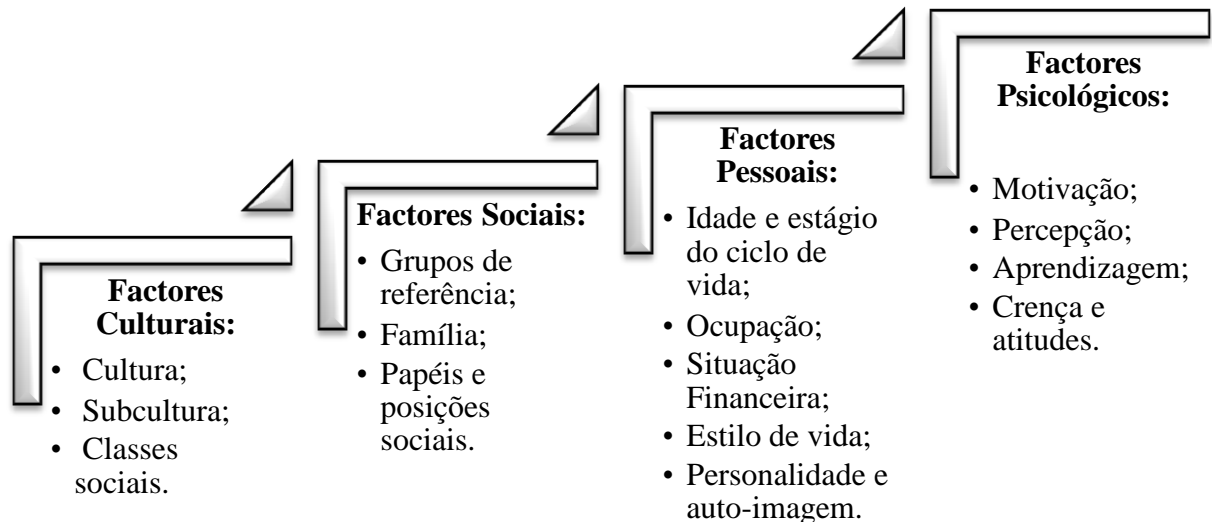
O estudo do comportamento do consumidor é “*o estudo dos processos envolvidos quando indivíduos ou grupos selecionam, compram, usam, dispõem de produtos, serviços, ideias ou expectativas para satisfazer necessidades e desejos*”, compreendendo que consumidor, sofre influências psicológicas, pessoais, sociais e culturais (Solomon, 2002).

O comportamento do consumidor, está intimamente relacionado com atividades mentais e emocionais, realizadas na seleção, compra e uso de produtos ou serviços para a satisfação de necessidades e desejos. Segundo este, o comportamento do homem enquanto consumidor, parte de um simples modelo de encadeamento de cinco fases características: Predisposição; busca; avaliação; escolha e reação do consumidor. (Richers, 1984)

De acordo com Engel, *et al.*, (1995) o comportamento tem a ver com “*as atividades diretamente envolvidas em obter, consumir e dispor de produtos e serviços incluindo o processo de decisão que antecede e precede estas ações*”. Segundo o autor, as variáveis que influenciam no processo de decisão de compra encontram-se divididas entre as influências ambientais, as diferenças individuais e fatores pessoais.

O estudo do comportamento do consumidor, torna-se indispensável, pela obtenção de esclarecimentos sobre os motivos que levam o indivíduo a ponderar e optar por um produto ou serviço, em detrimento de outros, com finalidades semelhantes para suprimir a sua necessidade individual ou familiar.

Segundo Kotler & Armstrong (2010), o comportamento do consumidor é influenciado por quatro tipos de fatores dominantes: sociais, culturais, pessoais e psicológicos.



Fonte: (Kotler & Armstrong, 2010)

**Figura 1- Fatores de influência no processo de decisão de compra**

Quanto aos fatores Culturais, encontram-se subdivididos em três: cultura, subcultura e classe social.

A **Cultura**, é um dos fatores têm maior influência no comportamento do consumidor, condicionando grande parte do modo de agir e pensar, traduzindo-se nos seus valores e percepções mais íntimos.

*“Ao crescer numa sociedade, uma criança adquire valores, percepções, desejos e comportamentos da sua família e de outras instituições importantes”* (Kotler & Armstrong, 2010).

A **subcultura**, é composta por grupos de pessoas que partilham dos mesmos de valores, com bases em situações e experiências de vida em comum. A religião, nacionalidade, são subculturas.

Estas representam segmentos de mercado importantes, e os profissionais de marketing, frequentemente desenvolvem produtos e serviços visando colmatar as suas necessidades.

A **classe social**, tem a ver com a sociedade, e a forma de como esta está estruturada. As classes sociais, apontam preferências distintas entre produtos, serviços e marcas, no que toca à procura bens e serviços (Kotler & Armstrong, 2010).

Quanto aos **fatores Sociais**, Kotler & Armstrong, (2010) e Solomon, (2002) assumem o fator social como indispensável no estudo do comportamento do consumidor, através de: Grupos de referência; família e posições sociais.

Os **grupos de referência**, “*O comportamento das pessoas é influenciado por diversos grupos*”. Os grupos que têm uma influência direta sobre uma pessoa e dos quais faz parte, são chamados grupos de associação. Os grupos de referência, agem como pontos de comparação e referência diretos ou indiretos relativamente à formação do comportamento e das atitudes de uma pessoa.

Os profissionais de marketing, esforçam-se por identificar grupos de referência, e os seus mercados-alvo a fim de submeterem as pessoas a novos comportamentos e estilos de vida, influenciando atitudes e afetando escolhas em relação a produtos, serviços e marcas.

Os fabricantes de produtos, serviços e marcas sujeitos a uma forte influência de grupo, tentam descobrir como alcançar os líderes de opinião, que são pessoas de referência que exercem influência sobre os demais, devido a habilidades especiais destes. Direcionando esforços de marketing para com estes.

A **família**, e os seus membros “*podem influenciar bastante o comportamento do consumidor*”. A família é a mais importante organização de compra na sociedade de consumo e foi amplamente estudada. Os profissionais de marketing, interessam-se pelos papéis desempenhados pelos seus membros, marido, esposa e filhos na compra de diferentes produtos e serviços.

**Papeis e posições sociais**, uma pessoa pertence a vários grupos, entre os quais, família, clubes, organizações. A posição da pessoa em cada um pode ser definida *status*. Cada papel desempenhado carrega um *status*, que reflete o respeito que a sociedade lhe confere (Kotler & Armstrong, 2010).

Quanto aos fatores Pessoais, estes possuem uma influência significativa no comportamento do consumidor, pois estão intimamente relacionado com o indivíduo, e com as suas necessidades, que vão mudando ao longo do seu ciclo de vida através de idade e estágio do ciclo de vida, ocupação, situação financeira, estilo de vida, personalidade e auto-imagem.

**Idade e estágio do ciclo de vida**, ao longo da vida da pessoa, os bens e serviços que estas compram vão mudando. Os gostos relativamente a roupa, comida e cuidados quanto à saúde por exemplo, geralmente estão relacionados com a idade.

Os profissionais de marketing frequentemente definem os mercados-alvo, em termos de estágio do ciclo de vida e desenvolvem produtos e serviços apropriados a cada estágio.

**Ocupação**, a ocupação da pessoa tem influência nos bens e serviços que esta adquire. Os operários tendem a comprar roupas de trabalho simples, enquanto que aqueles que trabalham em escritórios compram blazers e smokings, por exemplo.

**Situação financeira**, esta afeta os bens e serviços que as pessoas compram, dependendo do dinheiro disponível.

Os profissionais de marketing tendem a ter uma especial atenção aos indicadores económicos, se por exemplo estes apontarem para uma recessão, há que posicionar produtos e serviços revendo os seus valores.

O **estilo de vida**, podem ser muito diferentes, este é o padrão de vida de uma pessoa expresso na sua psicografia. Implicando a avaliação das principais dimensões do consumidor, atividades, interesses e opiniões.

A **personalidade e auto-imagem**, a personalidade “*é o conjunto de características psicológicas singulares que levam a reações relativamente coerentes e contínuas em relação ao ambiente*”, toda a pessoa possui uma personalidade distinta que tem influência no comportamento de compra. Esta é útil para analisar o comportamento do consumidor em relação à escolha de um determinado produto, serviço ou marca (Kotler & Armstrong, 2010).

Relativamente aos fatores psicológicos, as pessoas são influenciadas por quatro fatores: motivação, percepção, aprendizagem e crença e atitudes.

**Motivação**, uma pessoa possui muitas necessidades. Existem dois tipos de necessidades, as biológicas oriundas de estados de fome ou sede, e necessidades psicológicas, causadas pela necessidade de reconhecimento, respeito ou integração.

Uma motivação é uma necessidade suficientemente forte, que faz com que a pessoa procure satisfazê-la. Os psicólogos desenvolveram várias teorias sobre a motivação humana. Como a teoria de *Sigmund Freud* e a de *Abraham Maslow*, que têm significados bastante diferentes para a análise do consumidor e marketing.

A **percepção**, “é o processo por meio do qual uma pessoa seleciona, organiza e interpreta as informações recebidas para formar uma visão significativa do mundo”. As pessoas formam percepções diferentes a partir dos estímulos graças a três processos perceptivos: atenção seletiva, distorção seletiva e retenção seletiva.

A atenção seletiva é a tendência das pessoas para rejeitar a maioria das informações, as quais estão expostas, por exemplo uma pessoa está exposta a mais de 1500 anúncios num dia, é importante para o profissional de marketing conseguir captar a atenção do consumidor.

A distorção seletiva é a tendência das pessoas em interpretarem as informações recebidas, de maneira a que reforcem aquilo em que acreditam.

A retenção seletiva tem a ver com o facto das pessoas se esquecerem do que aprendem, ao tentar reter informações que reforcem atitudes e crenças. É nesse sentido que os profissionais do marketing trabalham arduamente para que as suas mensagens sejam transmitidas com sucesso, repetindo várias vezes as mensagens que são enviadas para o mercado.

A **aprendizagem** acarreta mudanças no comportamento de compra do consumidor, graças à experiência adquirida por esta. Esta ocorre através de impulsos, estímulos, sinais, respostas e reforços.

**Crença e atitudes**, as pessoas adquirem crenças e atitudes que se revelam no comportamento de compra. “A crença é um pensamento descritivo que a pessoa tem em relação a alguma coisa” (Kotler & Armstrong, 2010).

Para que haja uma escolha sobre produtos e serviços visando o consumo, o comportamento do consumidor no momento da compra é influenciado por importantes processos (Kotler, 1994). Segundo diversos autores, Solomon, (2008); Kotler, (1994) e Lambin, (2000), consideram que existem cinco estágios que conduzem o consumidor até à compra. Primeiro dá-se a pré-compra através do reconhecimento da necessidade, procura de informação e avaliação de alternativas, a compra e pós compra.

### Etapas do processo de compra



Fonte: (Kotler & Armstrong, 2010)

**Figura 2 - Etapas do processo de compra**

1. **O processo de compra inicia com o reconhecimento da necessidade**, quando o comprador, reconhece um problema ou uma necessidade. Esta pode ser fruto de estímulos internos (fome, sede, sexo) ou estímulos externos, como por exemplo, a aquisição de um carro novo.

2. **A procura de informação**, dá-se a partir de um consumidor interessado que pode ou não, procurar informações adicionais. Dependendo apenas do impulso, caso este seja forte, e o produto ou serviço, estiver à mão, o consumidor satisfaz a

sua necessidade, caso contrário, poderá guardar essa mesma necessidade na sua memória, procurando mais informações.

3. **Avaliação de alternativas**, neste estágio, o consumidor pondera as alternativas possíveis, tendo em conta as características que privilegia, este estabelece atitudes em relação a diferentes marcas por meio de alguns procedimentos de avaliação. O modo como o consumidor avalia a alternativa de compra depende das suas características pessoais e situação de compra;

4. **Na decisão de compra**, existem dois fatores a ter em conta entre a intenção de compra e a decisão de compra, são eles: a atitude das outras pessoas e situações inesperadas, pois o consumidor pode formar uma opinião baseando-se em fatores como o preço, ou benefícios do produto ou serviço.

5. **No comportamento pós-compra**, após a compra o consumidor fica satisfeito ou insatisfeito com o produto serviço adquirido.

Para o profissional de marketing, o seu trabalho não termina com a venda, pois o produto serviço deverá ir em conta com as expectativas do consumidor, satisfazendo-o e mais tarde fidelizando-o (Kotler & Armstrong, 2010).

Na tomada de decisão, é possível identificar vários papéis, desempenhados por vários intervenientes, no processo de decisão de compra (Kotler, 1994):

- **Iniciador** – É a primeira pessoa que sugere a compra de um determinado, serviço ou produto;
- **Influenciador** – Uma pessoa cuja opinião ou conselho influencia na decisão de compra;
- **Decisor** – Trata-se de quem, de facto, concretiza a aquisição, embora possa não ser o comprador, é quem decide, o que comprar, como comprar e onde comprar;
- **Comprador** – Pessoa encarregue de realizar a negociação e/ou compra;
- **Consumidor** – Usa/consome o produto ou serviço.

### Tipologia do comportamento de compra

Quanto à tipologia do comportamento de compra, esta é alterada mediante o que se pretende comprar, tendo a ver com o grau de envolvimento, tal como representado na tabela abaixo.

	Alto envolvimento	Baixo envolvimento
Diferenças significativas entre as marcas	Comportamento de compra complexa	Comportamento de compra na procura de variedade
Poucas Diferenças entre as marcas	Comportamento de compra com redução da dissonância	Comportamento de compra habitual

Fonte: (Kotler & Armstrong, 2010)

Tabela 1- Tipologia do comportamento de compra

### **Comportamento de compra complexa;**

O consumidor apresenta um comportamento de compra complexa quando estão altamente envolvidos na compra e apercebem-se das diferenças significativas entre as marcas.

Os profissionais de marketing precisam diferenciar as características da sua marca, utilizando comunicação adequada, descrevendo os seus benefícios, motivando o consumidor, fazendo com que este seja influenciado na escolha final.

### **Comportamento de compra na procura de variedade;**

O consumidor apresenta um comportamento de compra na procura de variedade, quando há um baixo envolvimento da sua parte e diferenças significativas entre as marcas. Neste caso, o consumidor varia muito a sua escolha. Este poderá escolher outra marca pela razão de querer experimentar uma marca diferente, ou seja escolhe a marca sem uma avaliação profunda.

### **Comportamento de compra com redução da dissonância**

O consumidor apresenta um comportamento de compra com redução de dissonância, quando estão altamente envolvidos numa compra dispendiosa, incomum e envolve risco. Contudo existem poucas diferenças entre as marcas.

Depois da compra, o consumidor poderá uma dissonância pós-compra (desconforto após a compra). Para se obter essa dissonância é necessário comunicações pós-venda dos profissionais de marketing, devendo oferecer o apoio e acompanhamento necessário ao consumidor, para que este se sintam bem com a escolha do produto ou serviço

### **Comportamento de compra habitual**

O comportamento de compra habitual, revela um baixo envolvimento por parte do consumidor, e existem poucas diferenças entre as marcas. O consumidor pode até escolher a mesma marca, mas acontece mais por habituação que por fidelidade.

Neste caso o consumidor não segue uma sequência habitual de crença, atitude e comportamento, este não procura grandes informações e não avaliam as suas características e não tomam decisões ponderadas quanto sobre que marca comprar.

Os profissionais de marketing, para contornar este comportamento, frequentemente usam promoções, estimulando a escolha do produto.

## **3.2 Comportamento do Consumidor na Saúde**

Segundo o *World Health Organization*, a procura de cuidados de saúde tem aumentado por todo o mundo sendo fatores para o crescimento desta procura o desenvolvimento tecnológico, o envelhecimento da população e o aumento das expectativas dos consumidores.

Existe um número crescente de estudos com base no comportamento do consumidor, visando através de uma melhor compreensão, adequar cada vez mais os serviços e produtos às suas necessidades e desejos do consumidor.

### **Interveniente no processo de decisão de compra**

De seguida iremos abordar os papéis desempenhados por vários intervenientes, no processo de decisão de compra, especialmente no caso da prestação de cuidados de saúde.

Na grande maioria das vezes, o processo de decisão de compra de serviços de saúde é despoletado pelo consumidor dos serviços de saúde. Segundo Ferreira, (2008) este processo dá-se sempre que haja uma situação de aparente desconforto ou sofrimento relativamente à saúde por parte de um indivíduo, é procurada uma solução rápida para os seus problemas. Ainda assim, o médico/terapeuta também poderá ser o iniciador deste processo, caso detete alguma anomalia no estado de saúde do cliente dos serviços de saúde.

Quanto ao influenciador, a publicidade médica, família, amigos e conhecidos, costumam ter um papel importante ao sugerirem por exemplo, medicação, um especialista conhecido ou até uma nova medicina, influenciando o processo de cura.

O prescritor, segundo Ferreira, (2008) é normalmente encarado como fonte de bem-estar, e independentemente do sistema de cuidados de saúde utilizado, conseqüente à procura de cuidados médicos, dá-se a visita ao médico/especialista, que apoiado por técnicos e meios necessários, terminando com um diagnóstico e conseqüente

tratamento, recomendado maioritariamente sob a forma de receita médica, mediante utilização de medicamentos.

O consumo de medicamentos é influenciado pelos prescritores, alegando que o seu consumo, terá influência na manutenção e melhoria do estado de saúde. Contudo os prescritores são um alvo vulnerável aos efeitos agressivos do marketing, que têm impacto nas vendas e mercado dos medicamentos (Barbosa, 2012).

Relativamente aos medicamentos, segundo Coelho, (2012), o comportamento do consumidor “*é resultado da sua perceção de risco percebido e risco total acerca dos medicamentos*”, reforçando que “*que a sua experiência e as fontes de informação são também variáveis fundamentais que em última análise determinam se um consumidor tem intenção ou não de solicitar a prescrição e/ou compra de um medicamento*”.

Abordando a relação doente-prescritor, a empatia é um elemento “chave” da relação médico-doente, havendo evidência da sua associação a melhores resultados clínicos dos doentes.

Pela ótica de Silva, Manuel Mendes, (2007), o médico nunca deve esquecer que tem á sua frente uma pessoa e não apenas um organismo que funciona mal, todavia o doente deverá ver o seu médico como um homem, com conhecimentos, compreensão, honestidade, amor e competências que o podem ajudar, o que desvirtuar esse relacionamento é negativo.

O desinteresse, a falta de empatia, diálogo, a não compreensão, geram essencialmente desconfiança, engano e por vezes ódio, fatores que influenciam negativamente o objetivo primordial que é o bem-estar de quem recorre aos profissionais e especialistas de saúde (Ferreira, 2008).

O decisor na maioria das vezes é o consumidor, embora não seja necessariamente o comprador, pela simples razão de nem sempre se estar a falar da mesma pessoa.

De acordo com Bohmer, (2000), o consumidor está a mudar, graças a uma maior informação. Pessoas bem informadas, consultam estatísticas de desempenho dos hospitais, dos planos de saúde e dos médicos; compram qualidade, preço e conveniência e, quando vão a uma consulta médica, já têm em mente um diagnóstico e um

tratamento, estando estes menos dispostos a perder o controlo da sua saúde, para um médico ou terapeuta.

Nos Estados Unidos, por exemplo a procura de informação culminou em diversas agências nacionais que recolhem e divulguem informação sobre o desempenho de médicos, planos de saúde e hospitais, publicando *ratings* de hospitais e médicos, indo ao encontro das necessidades destes “novos clientes” (Bohmer, 2000).

Segundo Ismail, *et al.* (2013), quando os doentes pagam parte dos custos com saúde, dá-se uma maior tendência para se tomarem decisões mais ponderadas, sobre o melhor para a prestação de cuidados de saúde. À semelhança dos EUA, em Portugal, tem-se verificado uma orientação dos prestadores privados para o mercado e para os clientes.

### **Tipologia do comportamento de compra**

Quanto à tipologia do comportamento de compra, esta é alterada mediante o problema de saúde em causa, que ditará o envolvimento do consumidor.

A utilização de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é uma compra complexa. As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) consistem num conjunto de diversos sistemas médicos, de cuidados de saúde, práticas e produtos com muita diferença da Medicina Convencional (MC).

Se por um lado, a legislação não oferece garantias, a informação disponível é bastante reduzida, existe um grande desconhecimento, falta de compreensão e dúvida em relação à MTC, tornando-se num risco por vezes demasiado elevado para quem pretenda utilizar.

Melhorar a informação acerca das MAC na população Portuguesa constitui um passo para minorar os riscos da sua utilização e melhorar a comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde e seus pacientes, alterando a perceção do consumidor relativamente a estas medicinas, daí a importância de compreensão do comportamento do consumidor a partir da *Focus Group*.

# **4 MÉTODO UTILIZADO**

## **4.1 Discussão de Focus Group**

## **4.2 Escolha do Método**

### **4.3.1 Equipa de trabalho**

### **4.3.2 Seleção dos participantes**

### **4.3.3 Organização da discussão**

### **4.3.4 Guia da discussão**

### **4.3.5 Condução da discussão**

### **4.3.6 Registo da discussão**

### **4.3.7 Análise dos Resultados**

## 4. Método utilizado

### 4.1 Discussão de *Focus Group*

A discussão de *Focus Group*, é uma técnica utilizada na pesquisa de mercado qualitativo, onde um grupo de pessoas selecionadas com características idênticas, discute de forma estruturada um tema em específico.

*“É um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de carácter qualitativo em profundidade”* (Gomes & Barbosa, 1999)

Para Rodrigues a discussão de *Focus Group* é “uma forma rápida, fácil e prática de pôr-se em contacto com a população que se deseja investigar”, Rodrigues, (1988). Para Krueger, (1996) este descreve a metodologia como “*peças reunidas em uma série de grupos que possuem determinadas características e que produzem dados qualitativos sobre uma discussão focalizada*”.

Segundo Wholey, et al., (1994) a técnica de *Focus Group* apresenta várias vantagens, entre as quais, o facto de ter baixo custo, permitir resultados rápidos, fornecer uma grande variedade de opiniões e pontos de vista focalizados, compreendendo e conduzindo a novas informações ou pontos de vista por parte dos grupos populacionais, recolhendo informações sentimentos e ideias dos participantes, é aí que reside a sua essência.

No entanto, esta técnica também tem algumas desvantagens, pois é difícil de organizar, não garante um total anonimato aos participantes, poderá não haver uma participação igual para todos e o facto de alguns participantes se poderem sentir pouco à vontade e não conseguirem expressar bem a sua opinião ou ponto de vista. (Wholey, et al., 1994)

## 4.2 Escolha do Método

O Método de investigação qualitativa, *Focus Group* recaiu sobre o facto de ser uma técnica de diagnóstico cuja utilização, têm-se mostrado muito adequada para a fase de diagnóstico e outros eventos de Promoção da Saúde, conforme experiências relatadas que foram vivenciadas por diversos autores como, Carlini-Cotrim, (1996); Santos, et al., (2007); Basch, (1987); Westpahl, (1992) e Ramirez & McAlister, (1988).

Segundo Basch, (1987) e Ramirez & McAlister, (1988), estes afirmam que a visto Método de *Focus Group* destacar a compreensão dos problemas do ponto de vista dos grupos populacionais, expressos por eles próprios, faz com que a sua utilização seja adequada à saúde "*consistente com a filosofia da Educação em Saúde*".

*“Embora esta técnica de diagnóstico seja antiga, a sua utilização por pesquisadores na área de saúde ou mesmo em qualquer outro setor do conhecimento acadêmico é relativamente recente. Proposto primeiramente pelo cientista social Robert Merton, na década de 50, o grupo focal foi ignorado pelos pesquisadores universitários. O mesmo não aconteceu entre os pesquisadores de "marketing", que imediatamente o incorporaram como uma de suas mais valiosas técnicas de pesquisa, seja pelo seu relativo baixo custo, seja pela rapidez com que o grupo focal fornece dados válidos e confiáveis.”* (Carlini-Cotrim, 1996).

*“A função do grupo focal para os cientistas sociais e para os pesquisadores do mercado é diferente. Os primeiros pretendem observar o processo através do qual participantes especialmente selecionados respondem às questões da pesquisa para que, posteriormente, possam os dados serem teoricamente interpretados. A pesquisa de mercado busca propostas imediatas e custos reduzidos. Através do trabalho com grupo procura-se apreender a psicodinâmica das motivações, para imediata obtenção de lucro”* (Westphal, 1992).

Para Carlini-Cotrim, (1996), a discussão de *Focus Group* teve um maior envolvimento com a área da saúde a partir de meados de 1980, contudo a partir de 1990 é notório o aumento de pesquisas utilizando esta metodologia.

“O método de investigação qualitativa adaptado – (“focal groups”), revelou-se muito adequado. Dá voz aos utentes. Dá voz aos profissionais. Dá voz a outros elementos importantes neste processo” (Santos, et al., 2007).

### 4.3 Aplicação do método de *Focus Group*

Neste estudo, vamos utilizar a Método de Discussão *Focus Group* aplicado ao “*Estudo de Atitudes, hábitos e comportamentos na medicina Tradicional Chinesa*”, com o intuito de perceber, qual a importância da saúde, como vêm a Medicina Convencional (MC) e o porquê de mais pessoas não recorrem à Medicina Tradicional Chinesa (MTC).

#### 4.3.1 Equipa de trabalho

Para (Wholey, et al., 1994), este método envolve, o desempenho de seis funções em dois momentos distintos:

1. O primeiro momento ocorre durante a realização da discussão, onde a equipa de trabalho deverá ser composta por um moderador, relator, observador e operador de gravação
2. O segundo momento ocorre após a realização da discussão, onde a equipa de trabalho deverá ser composta por um transcritor de fitas e um digitador.

Segundo Wholey, et al., (1994) quanto aos papéis desempenhados por cada uma destas funções:

O **Moderador** é o responsável pela condução da discussão e pela motivação do grupo, é o único que pode interagir com os participantes, contudo, não deverá ter

influência no resultado, e é o responsável por se extrair informações relevantes com validade.

O **Relator** deverá anotar as intervenções, deverá registrar também a linguagem não-verbal dos participantes, como, por exemplo, tons de voz, expressões faciais e gesticulação.

O **Observador** tem como objetivo analisar e avaliar o processo de condução da discussão, observando a relação dos participantes com o moderador, relator e operador de gravação.

**Operador de Gravação**, tem a função destinada à gravação da discussão.

**Transcritor de fitas**: Se não for bem executada, pode alterar a fala dos participantes, e com isso gerar erros na análise das informações.

Todos os erros de linguagem, bem como as pausas nos diálogos, devem ser mantidos e assinalados para que a análise seja a melhor possível, não sendo feita a partir de alterações.

O **Digitador**, é quem irá transpor todos os dados, para um programa de computador, utilizando o *software* mais apropriado, que forneça o resultado desejado.

*“Na pesquisa social, defendemos que os próprios pesquisadores devem realizar os grupos focais, uma vez que a proximidade, o estudo e o conhecimento do objeto de investigação são de fundamental importância para o bom desenvolvimento da técnica, da mesma maneira que a participação no processo de debate é vital para a interpretação das informações obtidas.”* (Neto, et al., 2002).

Deste modo, neste trabalho o Moderador será pesquisador.

### **4.3.2 Seleção dos participantes**

Quanto à seleção dos participantes, estes deverão ser homogêneos, com níveis sociais, económicos e culturais semelhantes, com o objetivo de não condicionar ou inibir os participantes, mas sim fomentar uma boa discussão (Wholey, et al., 1994).

Os grupos funcionam melhor quando há um número de pessoas suficiente para manter uma boa discussão, mas não em excesso, discussões longas, fazem com que os participantes não tenham a oportunidade de participar. Desta forma recomenda-se que o grupo seja composto por um mínimo de 4 participantes e um máximo de doze (Krueger, 1996).

Para a seleção dos participantes foram utilizadas as seguintes variáveis: Género, Idade e Rendimentos.

Assim, neste trabalho o grupo de discussão será composto por 5 pessoas que nunca recorreram à Medicina Tradicional Chinesa, com idades compreendidas entre 25 e 40 anos, com rendimento mensal líquido de 1600€ a 2400€.

O motivo das características pelo qual foi escolhido este grupo, recai sobre a avaliação minuciosa de um perito em Medicina Tradicional Chinesa, proprietário de uma Clínica situada no Ribatejo, segundo o qual, este é o target mais aliciante para analisar em conformidade.

Desta forma o grupo será composto por 5 participantes, 3 mulheres e dois homens:

- Uma participante de 28 anos, licenciada em Engenharia Alimentar, com rendimento mensal líquido do agregado familiar em conformidade com o definido;
- Uma participante de 29 anos, licenciada em Psicologia, com rendimento mensal líquido do agregado familiar em conformidade com o definido;
- Uma participante de 25 anos, Enfermeira, com rendimento mensal líquido do agregado familiar em conformidade com o selecionado;
- Um participante de 38 anos, licenciado em Educação Básica, com rendimento mensal líquido do agregado familiar em conformidade com o selecionado;
- Um participante de 37 anos, bombeiro de profissão, com rendimento mensal líquido do agregado familiar em conformidade com o selecionado.

### 4.3.3 Organização da discussão

O local escolhido para a organização da Discussão de *Focus Group*, foi as instalações da entidade patronal do pesquisador, a *Leavechange*, imagem Academia APAMM, Centro de Formação de Rio Maior, por cumprir os principais requisitos exigidos, para o bom funcionamento do método de pesquisa qualitativo presente neste trabalho. A sala escolhida para o efeito, terá uma mesa redonda.

Com o objetivo de incentivar à participação, não esquecendo o bem-estar dos participantes, houve comida e bebida disponível durante a sessão.

### 4.3.4 Guião da discussão

O guião fornece a base sobre o tema da discussão, sendo que este deverá seguir um formato semiestruturado, onde são colocadas aos participantes perguntas abertas (Wholey, et al., 1994).

Neste trabalho utilizou-se o seguinte guião: **“Estudo de Atitudes, hábitos e comportamentos na MTC”**

#### **1ª Questão-chave: O que representa ser saudável?**

- Tomam alguns cuidados para o serem? Quais?

#### **2ª Questão-chave: Relação com a medicina convencional**

- Como vêm a medicina praticada pelo vosso médico

- Relação médico/utente – atenção prestada pelo médico

- O poder/influência do médico no processo de cura do utente

- Relação com os medicamentos

- Como avaliam no geral a qualidade do serviço?

### **3ª Questão-chave** Abordando a medicina tradicional chinesa

- O que podem dizer sobre? O que é para vocês?
- Conhecem alguém próximo que já tenha utilizado?
- Porque nunca usaram?
- Quais as principais razões, para nunca terem usado?
- Desconhecimento; receio/medo; falta de crença, formação/credibilidade do terapeuta, instalações/conforto,
- Sentem que seriam capazes de usar? Porquê?
- O que vos poderia levar a usar? (em que circunstâncias experimentariam)

#### **4.3.5 Condução da Discussão**

Sendo que o objetivo é gerar conversação, de uma forma simples e natural, é importante elevar a discussão a um nível de produção cada vez mais elevado, gerando novas informações, procurando sempre a mais completa e clara (Gomes & Barbosa, 1999).

Por essa mesma razão, é necessário repetir a pergunta e adotar uma postura correta, utilizando termos como: O quê? Porquê, Onde? Qual? E Como? Provocando informações mais detalhadas e pontos de vista diversos, aprofundando o tema (Wholey, et al., 1994).

Depois acomodados os participantes em sala, o moderador deverá seguir as Cinco Etapas Introdutórias (Gomes & Barbosa, 1999).

1. Apresentar a equipa de trabalho aos participantes;
2. Dar a conhecer os objetivos do trabalho aos participantes;
3. Informar os participantes da gravação que será realizada, e explicar o porquê da mesma;
4. Elucidar os participantes, para que serve a recolha dos dados;

5. Convidar os participantes a apresentarem-se, realizando uma dinâmica de grupo, fomentando o bom relacionamento.

Concluídas estas etapas introdutórias, o moderador coloca ao grupo a primeira questão-chave escolhida para dar início à discussão (Gomes & Barbosa, 1999).

Uma vez esgotadas todas as questões do guião, o moderador deverá solicitar aos participantes que façam breves comentários sobre o que acharam da dinâmica e mencionem possíveis pontos não abordados que possam ser relevantes para a conclusão da pesquisa (Gomes & Barbosa, 1999).

Por fim o moderador encerrará a discussão, deverá agradecer mais uma vez aos participantes, referindo que futuramente serão informados sobre o desenvolvimento do estudo em questão (Gomes & Barbosa, 1999).

#### **4.3.6 Registro da Discussão**

Após final, a equipa deverá resumir a informação gerada, e realizar uma gravação em concílio com as notações escritas. Estas deveram conter a maior informação possível, sobre o conteúdo da discussão, contendo comportamentos não-verbais, como as expressões faciais, gestos, entre outros (Wholey, et al., 1994).

#### **4.3.7 Análise dos Resultados**

De acordo com Wholey (1994), na análise dos resultados deverá:

- Ler-se todos os resumos ao mesmo tempo: observando as tendências e padrões;
- Destacar o conteúdo que corresponde às questões centrais e marcar os comentários mais importantes a serem usados no relatório final;
- Cada questão deverá ser analisada separadamente, após uma revisão da leitura, deverá ser escrito um sumário que descreva a discussão (Wholey, et al., 1994).

# **5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS**

## **5.1 Introdução**

## **5.2 Apresentação dos Resultados**

## **5.3 Análise**

## **5. Apresentação e Análise de Resultados**

### **5.1 Introdução**

A Discussão de *Focus Group*, foi realizada na *Leavechange*, imagem Academia APAMM de Rio Maior - Centro de Formação, esta deu-se na quinta-feira de 13 de Fevereiro, pelas vinte horas, segundo a disponibilidade dos participantes e sala.

Verificou-se que o moderador conseguiu incentivar e estimular o grupo em termos de discussão, questionando e trocando pontos de vista, aprofundando temas específicos que originaram consensos, contudo é de realçar que a medicina e a saúde são temas muitas vezes delicados, havendo, por isso, alguma dificuldade na sua abordagem.

Todos os participantes tiveram a oportunidade de se expressar, notando-se a capacidade de alguns em serem mais participativos e comunicativos, enquanto outros necessitaram de um incentivo do moderador para intervirem, permitindo um tempo de antena idêntico para cada um dos participantes segundo o método aplicado.

Os participantes estavam confortáveis, pelas instalações, comida, bebida, aquecimento, iluminação, equipamentos, incluindo camara. Houve uma ligação entre os participantes, e aí a dinâmica de grupo também foi importante. Existiu no grupo uma boa capacidade de concentração, o que faz com que cada resposta tivesse sido pensada e não dita ao acaso, sendo de realçar as opiniões, atitudes e comportamentos durante a discussão.

Tal como em qualquer outra discussão, por vezes algumas das questões expostas ao grupo geraram alguma polémica, mas o bom senso e respeito mútuo fizeram com que o grupo chegasse a conclusões importantes relativamente a comportamentos, atitudes e hábitos de consumo sobre a MTC e saúde de modo geral, passando pela MAC e MOC.

Para uma análise mais correta possível, após sessão, reuniram-se as anotações e gravações vídeo realizadas, tendo sido estas analisadas em conjunto.

Tal como anteriormente referido, visando uma análise com validade, foram lidos todos os resumos, observando as tendências e padrões potenciais, opiniões solidamente mantidas ou frequentemente expressas. Foi feita uma análise a cada questão separadamente, após rever todas as respostas. Por último foi realizada uma síntese da discussão.

Finalizadas as etapas introdutórias, onde se deu as boas vindas, foi apresentada a equipa e os objetivos do trabalho, informou-se os participantes de que a sessão seria gravada para efeitos de análise, e procurou-se gerar um ambiente de convívio e boa disposição a fim dos participantes se apresentarem e participarem.

## **5.2 Apresentação dos Resultados**

**1ª Questão-chave: “Para cada um de vós, o que representa ser saudável atualmente”**

### **Através da linguagem verbal:**

Nitidamente, segundo as respostas geradas, o grupo preocupa-se com a saúde e bem-estar físico. O não sentir dor “embora não seja sempre possível”, aliado ao aspeto psicológico foi o primeiro aspeto a ser tocado, para “estarmos bem e sentirmo-nos bem”, visto ter repercussões na nossa vida e estado mental não esquecendo o relacionamento em sociedade, “*Para estarmos bem com os outros é necessário estar bem connosco próprios*”.

Há a preocupação de dormir bem e controlar o *stress*, de adequarmos a alimentação de uma forma equilibrada, realizando também exercício físico, adotando medidas e comportamentos visando adquirir o bem-estar desejado.

O grupo demonstra que as doenças e o medo de as contrair, faz com que tenham maior cuidado com a saúde, sobretudo quando se têm problemas de saúde graves, costuma-se ganhar uma maior sensibilidade e procurar tomar maiores precauções para ser o máximo saudável e evitar-se medicamentos.

“*Quantos mais medicamentos tomamos, piores ficamos*” Parece existir uma conotação negativa acerca do uso dos medicamentos, pelos efeitos “agressivos” que muitos têm, o que faz com que o grupo recorra apenas em último caso. Destaca-se uma forte tendência para os evitar ao máximo.

Por outro relatam casos de pessoas externas ao grupo que os consomem excessivamente, por falta de resistência à dor, focando mesmo casos ainda mais extremos de pessoas que os tomam de forma descontrolada com base em percepções erradas e avaliações desadequadas aos problemas de saúde que têm.

Segundo o grupo, para os podermos consumir, é necessária uma análise às contraindicações do medicamento, para ter certeza de certos componentes e efeitos secundários.

Principalmente as mulheres tocam no aspeto dos efeitos secundários, estas revelam ser mais cuidadosas e apenas administram o medicamento após terem a certeza que lhes não irá fazer mal, já nos homens nota-se uma menor preocupação e maior confiança pelo facto de administrarem o medicamento e apenas em causa de mal-estar e desconforto procurarem saber o motivo do efeito sentido.

Para o grupo a Era da informação e das novas tecnologias, fornecem um elevado nível de informação que poderá ser aproveitada para o indivíduo saber mais sobre o que lhe interessa em termos de saúde, podendo este recolher informação útil e valiosa.

### **Através da Linguagem não-verbal:**

Todos os participantes se sentiram à vontade desde início, contudo o facto de alguns mexerem frequentemente com as mãos enquanto falam, revelou algum nervosismo pela sensibilidade do tema.

Notou-se seriedade através das expressões, mais uma vez o tema, a pesar neste aspeto, pelo carácter que transmite.

### **Quais são os cuidados que tomam para o serem?**

A água foi logo destacada como importante no consumo diário, “*Ando sempre com uma garrafa de água*”, “*Todo o sistema funciona melhor*”, a ideia do fazer bem à saúde é geral e forte. “*Esforço-me*” segundo uma participante, esforçam-se em

consumir, apesar de não controlar a quantidade diária, “*o dia melhora se a bebermos*” o consumo de água tem repercussões imediatas a curto, médio e longo prazo, segundo outro participante.

Dois participantes, um do sexo feminino e um do sexo masculino realçam que a sopa faz parte da sua dieta diária, principalmente à noite. Mesmo não gostando tanto quanto gostariam, existe o esforço de a inserir no programa alimentar, por ser saudável. Dá-se também a importância da época do, e aproveitar a “*fruta da época*” para tirar partido das vitaminas e nutrientes evitando problemas de saúde.

Um participante realçou que costuma comer carne e peixe, por ser fundamental para si na alimentação. “*Num dia com doze emergências médicas, dentro de uma ambulância e impossível fazer uma boa alimentação*”, “*daqui a uns aninhos vou sofrer com isso*”. A alimentação mais correta segundo ele, é em casa com a família, pois o trabalho em horas excessivas rouba o tempo para se prestar maiores cuidados com a alimentação.

Existe também preocupação em termos de peso, e aí a dieta assume um papel preponderante. Reduzir na quantidade que se come e comer um pouco de tudo, segundo um participante acaba por tornar a pessoa feliz não perdendo o gosto pela alimentação, estando sempre presente a preocupação com o corpo/saúde.

O exercício físico é importante, e é preciso muita força de vontade “*tem mesmo que ser e faz bem*”, relativamente a desportos, uma das participantes faz corrida e outra natação.

Todos os participantes acordaram, que normalmente ficam mais alerta e costumam cuidar mais da saúde, segundo o grupo quando se têm problemas um pouco mais graves. Segundo um participante, idade é experiência, e com esta vamos ficando cada vez mais alertas no que toca à manutenção do estado de saúde.

As análises clínicas não foram pronunciadas pelos participantes, o que revela uma falta de preocupação e esquecimento, contudo esta é algo que tal como a medicação apenas em último caso é opção.

“*Estava a perder características do jovem que me quero sentir*” O facto de ter problemas de visão, mencionado por um participante, e a dificuldade em subir escadas,

exemplo referido por outro participante, o não conseguirem executar tarefas simples, aumenta em muito o descontentamento e mal-estar.

#### **Através da Linguagem não-verbal:**

Quatro dos participantes expressaram concordância e apenas um participante do sexo masculino não demonstrou qualquer reação, quanto a tomar maiores precauções com a saúde, após problema.

Para um participante do sexo masculino, não ter uma boa alimentação por razões e motivos externos, faz pesar na consciência, contudo o sentimento de preocupação transmitiu-se através do seu comportamento.

### **2ª Questão-chave: Vamos abordar agora qual vossa relação com a medicina convencional**

#### **Como vêem esta medicina?**

#### **Através da linguagem verbal:**

A participante que trabalha na área da saúde, afirmou ter confiança neste tipo de medicina. É importante sublinhar que tem uma opinião bastante formada sobre o tema e domina-o. Referindo que hoje em dia está melhor, por começar a olhar para o utente como um todo e não apenas um problema específico.

Para a participante em causa, a Medicina Convencional atual, aponta mais para o exercício físico e hábitos alimentares saudáveis, não tanto à base de fármacos como pensa que acontecia anteriormente. Contudo refere que ainda existem médicos que não pensam dessa forma.

“*Está mais adaptada*”, de uma forma geral, todo o grupo revelou um sentimento de confiança em relação à Medicina Convencional, por também ser o tipo de medicina, ao qual estão habituados desde sempre. Quando se dá um problema, é esta à qual recorrem em primeiro lugar.

#### **Através da Linguagem não-verbal:**

Nota-se um grande à-vontade com o tema, por parte da participante que trabalha na área da saúde, pois assume uma posição de líder de opinião no grupo.

O grupo de uma forma geral tomou a medicina convencional como “a sua” medicina, existe uma relação forte por ser a que todos praticam e há confiança.

### **Relação médico/utente – atenção prestada pelo médico**

“*Tu és aí e eu sou aqui*”, primeiramente todos os participantes, concordaram que há uma distância na relação entre médico e utente e que isso afeta na qualidade do serviço. Contudo a distância dos médicos não se dá apenas para os utentes mas também para os bombeiros, enfermeiros e auxiliares, segundo o grupo.

Pelo que consta é invulgar para os participantes, o utente ter o contacto pessoal do médico, dos cinco, apenas um têm o contacto do seu médico na lista pessoal, contudo pelas reações em sala, ter o contacto do médico seria positivo enquanto relação humana e social, algo de que não se importariam.

Em relação à atenção prestada pelo médico, a participante da área da psicologia, afirmou desde logo que não gosta de ir ao médico e só recorre em último caso. Esta relata ter Rinite Alérgica e o médico voluntário dos serviços sociais da Universidade, apenas lhe perguntar o que tinha, “*mal olhou para mim, não teve atenção nenhuma*”, receitando medicação que acabou por nem comprar visto ser alérgica, o que demonstra falta de atenção.

Foi relatada outra situação, mas desta vez mais grave, de um caso de cansaço extremo, picadas fortes no corpo e febres altas, sintomas graves que fizeram com que o participante em causa se deslocasse ao hospital da sua área de residência. A resposta do médico foi envia-lo para casa a fazer medicação, “*Isso não é nada de especial*”, no dia seguinte tudo permaneceu na mesma, dirigiu-se a um especialista, realizou análises e descobriu que tinha hepatite.

Quando comparado o sector público com o sector privado, os participantes ficaram reticentes. Em termos de qualidade para a participante enfermeira, não se pode ir por ai quando comparado em termos de qualidade, contudo outro participante referiu que em termos atendimento a questão da proximidade “é sem dúvida superior”. “Dão-se más situações no sector público que depois são direccionados para o sector particular, por falta de capacidade e meios”. A incapacidade de resposta por parte do sector público, segundo o participante é alarmante.

Todos os participantes concordaram que a relação médico utente é importantíssima e tem um papel relevante no tratamento, processo de cura do paciente/utente, atualmente embora hajam “*médicos e médicos*”, a maioria cria uma grande distância, que não privilegia nenhum dos dois.

Segundo o grupo, uma relação mais próxima com o médico privilegia o paciente/utente, visto serem dois seres humanos, a humanização do serviço é vital para o bom funcionamento.

Segundo a participante enfermeira, o utente tem tendência a valorizar o médico, tratando este de forma especial, por outro lado a profissão de enfermagem “*é um bocado para baixo*”, “*o que o senhor doutor diz é uma escritura, e as vezes nem tudo o que o senhor doutor diz está correto*”, a importância e superioridade isolada do médico destaca-o e cria barreiras, “*é normal que os médicos se sintam valorizados*”.

“*De médicos para médicos há falta de humildade*”, pelo facto de por vezes retirarem a medicação de um colega de profissão e receitarem novos medicamentos, descompensando o utente, “*existe falta de trabalho em equipa e comunicação*”, “*o médico tem de reconhecer até onde vai o seu papel*”.

Segundo a participante enfermeira, o médico de família ou clinica geral tem tendência por vezes em “*tentar*” resolver o problema, “*há falta de humildade, até onde eu consigo ir, até onde vão as minhas competências*” embora o bom médico não o faça, e reencaminhe o utente para um especialista que irá tomar conta o assunto.

Um participante destaca que a distância entre os médicos e utentes, é relativamente recente. Este lembra-se do seu médico de família de à trinta anos, “*Drº Ferreira*” enquanto criança, o que revela como as relações próximas seriam importantes tanto para si, como para a aldeia onde vivia.

“*Conhecia as pessoas todas e se fosse preciso ia a casa das pessoas*”, relata que na época tivera uma apendicite e o médico como o conhecia teve uma especial atenção e conseguiu logo ajudar ao encaminhá-lo. A proximidade neste caso relatado torna o serviço mais humano, as pessoas criam laços que fortalecem relações potenciando um melhor atendimento e consequentemente um melhor serviço.

Quando o participante em questão “à 20 anos” se mudou para a cidade, segundo ele, notou uma diferença “abismal” e ficou vários anos sem médico de família, alterando negativamente para si a conceção que tinha dos médicos.

### **Através da Linguagem não-verbal:**

Quando a participante da área da psicologia, afirmou desde logo que não gosta de ir ao médico e só recorre em ultimo caso, dois dos participantes, um do sexo feminino e masculino, através da expressão corporal revelaram concordância.

A participante enfermeira ao falar dos médicos, elevou os braços ao céu como que se de um deus se tratasse.

O participante que contou a sua história de infância, aquando da apendicite aguda, demonstrou através do sorriso, o carinho e as saudades do “*Drº Ferreira*”, com o qual mantinha uma relação próxima.

### **O poder e influência do médico no processo de cura do utente**

Para o grupo o médico continua a ter a sua importância, e a ser “*Deus no céu, médico na terra*”, este dá certas recomendações e conselhos, principalmente na alimentação, que têm em conta, e costumam seguir “*eu tenho que aceitar*”. Segundo o grupo há uma tendência para procurarem informações antes e após ida ao médico, “devemo-nos informar o máximo que pudermos”.

Normalmente segundo um participante, “*dentro desta faixa etária*”, quando se recorre ao médico, o utente já tem uma ideia pré concebida do seu problema com base na informação obtida através de amigos, conhecidos, livros e internet. Contudo a participante enfermeira realça que “*vêm com a wikipédia toda, e com coisas que não lembra a ninguém*”, alertando para os casos em que a informação recolhida, nem sempre é a mais correta.

Ainda assim uma participante afirmou que muitos são os casos em que não são seguidas as recomendações do médico, por desmazelo e falta de atenção da pessoa para com a sua própria saúde.

Relatado por um participante, este destaca que a idade poderá também ser um fator a ter em conta, quanto ao seguir, os conselhos/ recomendações do médico “*não gosta de tomar medicamentos*”, a mãe do participante na casa dos setenta anos, quando não gosta de um medicamento, ou pensa que lhe está a provocar efeitos secundários, “*corta literalmente na utilização e deixa de tomar*”.

Foi focado, o aspeto da automedicação “*é por estupidez natural*”, e o chamado “*médico de bancada*”, “*faz-me bem, toma também*”, que por vezes gera casos preocupantes, o grupo associou estes casos a falta de conhecimento e informação por parte de quem o pratica.

### **Através da Linguagem não-verbal:**

Todos os participantes através de linguagem verbal e não-verbal afirmaram normalmente seguir as recomendações impostas pelo médico ou especialista.

Quando abordado o tema da automedicação, um participante foi bastante expressivo no seu desagrado por quem toma esse tipo de decisões.

### **- Relação com os medicamentos**

Todos de forma bastante expressiva no grupo revelaram ter uma repulsa aos medicamentos, por associarem estes a alguns efeitos agressivos. Se puderem optar por métodos mais naturais de tratar o seu organismo, optam através da alimentação por exemplo. “*Tento evitar ao máximo*”, todos afirmaram que “*só em último caso*”, recorrem a medicação.

O preço dos medicamentos segundo o grupo, é elevado e exagerado, existem pessoas cujos rendimentos não permitem o consumo adequado à manutenção da saúde, “*cada vez mais estão a aparecer casos com diabetes e hipertensões descompensadas*”, a situação económica do País tem repercussões na saúde da população, não há dinheiro, não há medicamentos.

“*Toda a medicação que ele faz, não chega para metade do que ele recebe*”, foi assim que um dos participantes expressou o seu desagrado pela situação económica do seu pai, que teve um enfarte agudo do miocárdio e sofre de diabetes.

Quanto à publicidade, para os participantes, *“quando existe prescrição médica o utente vai a farmácia e compra”*, uma participante destacou logo a capacidade dos anúncios e comunicação ter peso na decisão do ato de compra. Exemplificando que por vezes, uma pessoa engripada não tendo grande informação sobre os medicamentos e seus componentes, poderá optar, por *“aquele que já ouviu falar”*, visto ser o único com o qual tem uma ligação. Os idosos revelaram-se os mais vulneráveis quanto a esta, *“cogumelo do tempo”*, *“mangostão”*.

*“A propaganda médica tem influência sobre os médicos”*, quando questionados sobre pensarem se isso acontecia ou não, a resposta de uma participante foi *“sim, acontece sem dúvida, não é só com os médicos, até mesmo com os enfermeiros, a nível de insulinas eles vêm falar connosco, eles vêm falar também sobre a vigilância da glicémia, ou seja se nós dermos aquela máquina, aquela pessoa pra ver a glicémia”*, *“eles oferecem, oferecem coisas a nós, e é claro quer ser aquela máquina ou outra, é igual, mas se aquele nos oferece”*.

*“O médico não vai prescrever um ansiolítico só porque aquele laboratório, lhe tá a pagar, agora se a pessoa necessita de um ansiolítico, e se aquele laboratório está a pagar, esse irá ser o escolhido”*. Mais uma vez todos os participantes estiveram de acordo. O médico segundo grupo prescreve um medicamento que lhe possa trazer benefícios se esses medicamentos forem também os ideais para a condição de bem-estar do utente.

### **Através da Linguagem não-verbal:**

Quando o participante, relata a situação económica do seu pai, sente-se um sentimento de desconforto e desânimo.

Um participante torna-se bastante expressivo, ao tentar retracta anúncio televisivo sobre um medicamento que elimina as dores, idealizando o que vai na cabeça de um idoso quando vê publicidades sobre medicamentos que *“prometem”*, aquilo que estes procuram.

Houve um consenso muito grande relativamente à influência dos laboratórios sobre os médicos, enfermeiros e profissionais de saúde, todos os participantes acreditam

na ocorrência do acontecimento, uns através de linguagem corporal, outros através da verbal. Todos foram expressivos.

### **- Como avaliam no geral a qualidade do serviço?**

Em relação ao tempo de espera, relativamente à medicina convencional, nomeadamente o sector público, os sorrisos tomaram conta da sala, o tempo de espera é muito importante *“rápido não é, é impossível sê-lo, porque o número de profissionais de saúde, não consegue dar resposta a tantas situações”, “O problema é administrativo e de má gestão”, “o sistema de triagem é feito através de um computador, este avalia se é prioritário ou não”, “mesmo com prioridade podemos estar imenso tempo à espera”, “já me aconteceu entrar às dez da noite e sair de lá às três da manhã.*

Segundo o grupo, cada vez mais existe uma computação/informatização do sistema, *“rouba um pouco o tempo de observação”,* enquanto a humanização do serviço que é algo vital, na saúde, esta perde-se, resultando num mau serviço. *“ Não usam corretamente a tecnologia que têm ao seu dispor”,* as inovações tecnológicas têm o objetivo de melhorar e *“descomplicar”,* mas nem sempre é assim e por vezes só piora. *“ Perdemos por um lado e ganhamos noutro”.*

Segundo um participante, no sistema de triagem não existe atenção nem observação, *“fazem as perguntas ao doente”,* conforme a resposta deste, por vezes induzida em erro, por não saber bem o que está a sentir. *“É só clicar lá no ecrã”.* Segundo os participantes, no sistema de triagem antigo, havia maior humanização e proximidade entre utentes e profissionais de saúde.

Segundo uma participante *“Quando fui fazer um estágio, em situação de bloco operatório, eles estavam a introduzir um sistema informático onde tinham de preencher, e os profissionais que lá trabalhavam, estavam passados com aquilo”, “perdem mais tempo ali que na própria cirurgia”. “Havendo a lista de espera que há”*

Segundo o grupo relativamente ao Sistema Nacional de Saúde, *“há muito trabalho a fazer, e se todos trabalharem juntos, funciona muito melhor”,* quando comparado o SNS português com outros países, para os participantes, *“não está assim tão mal”.* Um participante reforça ainda que *“das vezes que precisei fui bem tratado,*

*outras nem por isso*”, “há excelentes profissionais”, ou seja existem pontos positivos e negativos.

### **Através da Linguagem não-verbal:**

Quando abordado o tempo de espera, as reações gerais foram de enorme desagrado, dando a entender que este seria um problema gravíssimo, o virar a cara à questão e os sorrisos irónicos dos participantes, assim o indicaram.

A participante ao relatar a surpresa, que teve em situação de bloco operatório foi bastante expressiva e sentiu-me incomodada com a lista de espera.

Todos acordaram que um melhor serviço passaria por uma maior humanização do sistema, através de linguagem corporal e verbal.

Mesmo havendo problemas de uma forma ou de outra todos os participantes, através de linguagem corporal e verbal afirmaram, que o SNS português não está assim tão mal quando comparado a outros países.

### **3ª Questão-chave Abordando a medicina tradicional chinesa**

**- O que podem dizer sobre? O que é para vocês?**

#### **Através da linguagem verbal:**

Segundo o grupo, “São técnicas de à muitos anos, antigas, que passam pelo observar, ver a pessoa e recorrer a técnicas mais naturais e não tão ofensivas”.

“Passa pelas energias, não sei”. Constata-se que existe uma enorme falta de informação, embora comece a aparecer na televisão, através de reportagens “não é reconhecida pela ordem dos médicos”, “os tais deuses” afirmou a participante enfermeira, por não ser reconhecida a Medicina Tradicional Chinesa, também foi lembrada a naturopatia, osteopatia, outras medicinas alternativas, podemos presumir que estas medicinas, estão um pouco equiparadas e a falta de informação não ajuda o público, na distinção das semelhanças, contudo todas elas não são reconhecidas e segundo o grupo esse reconhecimento não é feito porque em parte a medicina

convencional, “*tem medo de perder o seu espaço*”, “*não vêm esta medicina como complementar*”, “*acho que elas têm de ir lado a lado*”, comentário interessante que foca a importância da medicina integrativa.

Por outro lado para o grupo, a prevenção da saúde com base em produtos naturais, iria diminuir as vendas dos laboratórios farmacêuticos, que não pretendem perder quota de um mercado que dominam.

### **Através da Linguagem não-verbal:**

Verificou-se que todos os participantes tiveram dificuldade ao abordar o tema, por este ser bastante específico e não terem informação suficiente, a fim de terem uma opinião sólida formada.

#### **- Conhecem alguém próximo que já tenha utilizado?**

A medicina Convencional, é vista como uma medicina que atua mais rapidamente “*mais imediato*”, “*uma pilula pro dia seguinte*”, da qual se tem maior confiança, que a MAC, onde a confiança não existe, nem conhecimento e presume-se que os resultados sejam mais lentos e morosos. “*a gente não tem a certeza, não sabe se é*”, “*é mais para a prevenção*”.

O grupo afirma que o público no que toca à saúde, procura uma resposta imediata, e essa resposta ao recorrer à MTC, “*se calhar a resposta imediata depois sai cara*”, “*é muito na base da prevenção, e não no imediato*”, segundo uma participante “*a medicina convencional, vai atuar numa situação aguda, é claro que atua a nível crónico e isso assim, mas a nível crónico podemos também, procurar algo para complementar, que não seja só a medicação*”, “*que não seja tão abrasivo*”.

Quando uma participante, se refere ao primo que é acupuntor na zona de Rio Maior, “*o meu primo que é osteopata, homeopata, não sei muito bem o que ele é*”, retracta bem, a falta de conhecimento e de interesse.

A participante, relata que o primo acupuntor, lhe pediu para experimentar “*tens de querer, tens de acreditar, senão não vai fazer nada*”, “*tá bem, eu não acredito*

*não vou lá*”, “*eu acreditar em quê?*”, “*ou ele me explica melhor aquilo ou então*”, “*Vamos tentar resolver com a Medicina Convencional*”, “*para mim não faz sentido, não vou lá*”. A falta de crença dá-se por falta de informação, normalmente o que não se aceita, rejeita-se, segundo o grupo.

Segundo um participante o secretismo e o facto de estarem menos divulgadas, faz com que “*as pessoas tentem arranjar solução*”. Os problemas mais específicos requerem medidas mais acentuadas, “*epá eu estou farto deste problema, há algo mais, outras respostas*” e aí dá-se a procura e interesse.

Para um participante, esta medicina também “*é associada ao charelatismo*” a desconfiança é tão grande, que origina duvida de tudo o que envolve esta medicina, associando esta a vigarice por vezes.

“*Energias o que é isto de energias?*”, “*Não tem muito a ver com a nossa cultura, como não fomos habituados a isso temos desconfiança*”, “*está baseada no ocultismo, no ascidental*”, reforçam que o português gosta de “*ver para crer*”, “*nós gostamos de controlar tudo, mas quando se fala de energias, nós não conseguimos controlar isto, não é?*”. O aspeto cultural é focado, por não ser associada à cultura portuguesa e não pertencer ao “*nosso*” costumes.

Dois dos participantes, tinham conhecidos que já tenha utilizado, outros dois não conhecem ninguém e um não sabe ao certo se sim ou não. Os participantes que tinham conhecidos, que experimentaram a MTC, todos eles, frisaram que as recomendações que ouviram foram extremamente positivas, “*muito positivo*”, “*o meu pai tinha ciática*” ...” e com a ajuda da acupunctura nunca mais teve”.

A credibilidade do terapeuta que pratica a técnica, foi outro ponto tocado, “*tiram o curso de um ano, e andam ali a espetar agulhas*”, a falta de confiança no terapeuta transparece na falta de confiança na medicina.

“*É a ideia que tenho mas, acho que muitas das pessoas que recorrem a este tipo de medicina deixaram de acreditar na medicina convencional*”, mais uma vez as MAC são levadas para último plano, “*muitas vezes é da moda*”, a comunicação, através de reportagens poderão ter um papel importante segundo o grupo.

As reportagens levam muita gente a usar este tipo de medicinas, os resultados também foram evidenciados como sendo uma das principais causas das quais, mais pessoas recorrem à Medicina Tradicional Chinesa, à uma parte do público que ao ouvir recomendações desta medicina, aceita a experimentação e decide recorrer, para saber como é, contudo *“a maioria não, eu não sei o que é isto, eu não vou experimentar”*.

Apesar de não haver muita divulgação, *“vou lá, vou experimentar”*. À medida que aparecem casos de sucesso, a opinião do público valoriza esses mesmos casos e cada vez mais vão experimentar. A recomendação e o passa a palavra, têm peso na procura do serviço.

Um participante, afirmou utilizar medicinas alternativas, em mais concreto a osteopatia, *“se ele me endireita o joelho que me está a doer, ótimo”*, *“o médico receitou-me uma pomada, comprimido e continuo semanas com a dor, quiçá para sempre”*, *“no entanto se for a massagista corro o risco de correr mal, mas também pode correr muito bem e pronto”*. Contudo outro participante alega que por vezes o trabalho destes deveria ser feito em maior concílio com a MOC, pelo facto de por vezes *“mexerem”* sem auxílio de exames médicos que poderão ajudar a uma análise mais pormenorizada, com impacto direto na saúde e bem-estar do que recorre a este tipo de medicinas. A parte do não utilizar medicação e ser apenas à base de estimulação do músculo é muito importante, ninguém gosta de tomar medicamentos.

*“A Medicina Convencional não estava a dar resposta”*, esta é a principal razão das pessoas olharem para outras medicinas, *“fui naquela história do recurso”*, mais uma vez utilizada em último caso, num momento de maior aflição *“fui à medicina alternativa, porque tive sempre dores”*, *“fui porque tinha mesmo que ir”*.

Outro participante, continuando o tema reflete que *“muitas das vezes as pessoas vão ao médico e levam uma rajada de medicamentos”*, se for ao massagista, *“isso pode ser manipulado e isso não leva químicos, não leva nada, não faz medicamentos, não faz nada, com manipulação daquele músculo”*. Mais uma vez a vontade de fugir a uma medicação agressiva com resultados lentos, faz com que a pessoa recorra a alternativas privilegiando o que é mais natural. Todos os participantes fizeram questão de afirmar que é importante que uma opção mais natural é a mais procurada e valorizada *“eu prefiro”*; *“quantas vezes”*.

“*Se eu fosse devidamente informada, poderia ir e só no sentido de prevenção*”, aqui evidencia-se o facto da falta de informação ser fulcral para uma maior credibilidade e segurança ao recorrer a este tipo de medicinas, também é importante focar a parte da prevenção e não apenas em último caso, pois existem ambas as situações. “*Não tenho nada, não sinto nada, não estou informada, o que vou lá fazer?*”

### **Através da Linguagem não-verbal:**

Na linguagem não-verbal, através do comportamento dos participantes, percebe-se uma falta de ligação entre estes e a MTC. A falta de interesse e crença demonstrada, através de sorrisos, acontece na maioria dos participantes do grupo.

Quando uma participante, se refere ao primo que é acupunctur na zona de Rio Maior, “o meu primo que é osteopata, homeopata, não sei muito bem o que ele é”, é visível uma falta de conhecimento grande, também é importante o sorriso irónico da participante que trabalha na saúde quando aborda o tema.

### **- Porque nunca usaram?**

Para o grupo, a falta de informação/divulgação foi logo a primeira razão, a falta de necessidade de experimentar foi a segunda, em parte explicada pela boa resposta da medicina convencional, ou seja mais uma vez a MAC é uma alternativa “*em último caso*”, “*se não tiver opção na medicina convencional*”, por curtas palavras desconhecemos, à partida rejeitamos, por não haver certezas. Relativamente aos tratamentos quem não está devidamente informado não percebe os procedimentos realizados em torno do processo de cura.

“*Nunca tive lesões musculares*” O conhecimento limitado do público não entende a dimensão da MTC, diminuindo esta a este problema em específico apenas. Contudo o participante, cujo pai recorreu à MTC e teve melhorias significativas, reforça que se precisar, “*irei por esse método*”.

A MOC “*dá-nos o alívio imediato*”, “*temos mais conhecimento, é diferente*”, a distinção cultural revela-se importante, pois provoca uma falta de crença e fé nesta

medicina “*nós fomos educados a insistir na medicina convencional*”, “*é natural recorrermos*”, a MOC está presente na nossa vida desde início, é nesta medicina que temos confiança e para muitos nem sequer existe conhecimento de outras medicinas que não a oficial.

A MOC está mais à mão, ou seja quem recorrer à MTC terá que recolher informação e contactos, exige portanto esforço adicional e vontade para poder recorrer, por outras palavras dá trabalho e não tão simples, como a medicina ao qual todos já estão habituados no grupo.

Existiu um consenso quanto a agulhas, “*não deve provocar muita dor*” pois não pensam que seja um fator determinante na procura e seleção do serviço. “*Prefiro uma injeção a um comprimido*”. A participante enfermeira segundo a sua experiência relata que os mais idosos são os que têm menos problemas com agulhas “*pra eles já nem sentem*”, o grupo dos jovens parece ser o mais problemático, por existir também uma resistência, que dá lugar a rejeição e até fuga do utente, segundo a participante. “*Eu tive um rapaz que fugia literalmente e ficava pálido*”.

Quando abordado o grupo sobre a questão indolor, a participante enfermeira afirmou logo que pensava ser, contudo nenhum dos participantes disse o contrário, mas é importante realçar que a falta de informação deverá gerar dúvidas.

A “*charelatiçe*” dúvida quanto ao terapeuta e própria medicina continua, também é um dos motivos pela não procura, ao não entender o que o terapeuta está a fazer nem “*as energias*” ou a colocação das agulhas causa desconforto, dúvida, rejeição e falta de crença.

Para o participante que recorre a osteopatia, “*em termos de proporção é capaz de ser mais caro que a medicina convencional*”, “*e elevado*”, o preço também é uma condicionante quando se pensa em recorrer a este tipo de medicinas, por compará-las.

Nota-se que quem não recorre a medicinas alternativas, não tem opinião formada, não sabe quanto custa e isso não faz pesar na escolha. “*tendo em conta as condições económicas do nosso País, se for um valor muito elevado, óbvio que não vai ter tanta procura*”. Não esquecendo as dificuldades que o País atravessa, por vezes não há oportunidade de utilização embora haja vontade,

Quanto a outro participante, o preço não é assim tão elevado, “*as pessoas que conheço e que fazem, entre 15 a 20 euros*”, “*essas pessoas que são licenciadas nessas áreas, estão-se a agregar a associações, essas associações têm sócios, e têm protocolos, e nessas associações os sócios vão pagar mais barato*”. Tal afirmação dá a entender que o preço não é desculpa para a não utilização.

Em relação ao conforto das instalações dá-se o mesmo que quando abordado o tema preço, não conhecem, não sabem como é, logo não tem um grande peso aquando da procura. Segundo a opinião de um participante, caso estejamos a falar de muitas sessões, estas poderão depois ter influência.

A não regulamentação também não ajuda à prática, “*hoje em dia muitas dessas escolas, querem é vender, e depois inventam cursos, e dão cursos*”, estes fatores alienados não dão força para a utilização, estar regulamentado funcionaria como uma “*certificação*”, que aumentaria a credibilidade e confiança segundo o grupo.

Mais uma vez a credibilidade e qualidade do terapeuta foi tocada, segundo o participante, há quem tenha licenciaturas de cinco anos, e outros com licenciatura de um ano “*em vez de uma ou duas sessões, damos umas vinte*”, ora a qualidade do terapeuta em causa, segundo a opinião do participante, terá impacto na duração dos tratamentos, e é responsável pela melhoria do estado de saúde do utilizador.

Caso houvesse necessidade, todos os participantes em sala recorreriam à MTC, “*sim*”, os sins ocuparam a sala, em caso de maior informação disponibilizada e terem um problema de saúde que não possam ser resolvido pela MOC, como doenças crónicas e outras mais específicas, o que deixa tudo em aberto para uma possível utilização, por curiosidade ou necessidade.

### **Através da Linguagem não-verbal:**

Três dos participantes no grupo têm mais a vontade no tema, por terem uma opinião mais formada que as restantes duas, que apenas se pronunciaram, após um maior apelo à participação.

A participante enfermeira perde um pouco o interesse pelo tema, através da sua expressão corporal, não é uma crente neste tipo de medicinas e o facto de trabalhar na

área da saúde, na medicina convencional, também poderá ajudar a que esta rejeite outras medicinas que não a sua.

Todos os participantes, afirmaram através de linguagem verbal e corporal, serem capazes de recorrer à MTC, caso esta tivesse maior informação e provas do seu valor, o que é muito positivo.

### **5.3 Análise**

Para o grupo em análise a saúde é um fator importante, manifestando preocupação em manter e melhorar o estado geral de saúde, tomando medidas para assegurar o bem-estar físico e psicológico que, segundo o grupo, irá afetar o nosso relacionamento em termos Sociais.

O grupo considera que ter saúde é não sentir dores, dormir bem e conseguir executar tarefas simples, sem problemas. Para isso controlam o *stress* diário, têm cuidados com uma alimentação equilibrada, nomeadamente, através do consumo de água, sopa, fruta da época, carne e peixe. Também menciona o exercício físico, embora digam que custa um pouco, assim como a preocupação com o seu peso e a obesidade, referindo as dietas. Estes são os aspetos mais evidenciados pelo grupo quando se aborda a questão de uma vida saudável.

Relativamente aos cuidados de saúde, o grupo considera que estes naturalmente aumentam quando se dá um problema de saúde grave. Ao não conseguirem alcançar o bem-estar que desejam, dá-se a procura da resolução do problema, que causa o desconforto.

Dentro da MOC os medicamentos parecem ser um “calcanhar de Aquiles”, pela conotação negativa que conseguem ter, existindo, assim, uma preocupação do grupo quanto à sua composição e efeitos secundários, o que origina uma procura por soluções mais naturais e menos ofensivas do organismo como, por exemplo, as Medicinas Alternativas Complementares.

Ninguém no grupo gosta, evidentemente, de estar doente nem de tomar medicamentos, por isso, tentam evitá-los ao máximo, recorrendo apenas quando é necessário e só em último caso. O mesmo acontece com os exames médicos. Também salientaram que têm cuidado no consumo dos medicamentos, tendo as mulheres revelado maior preocupação do que os homens.

Para o grupo, o preço dos medicamentos é, em muito casos, exagerado e gera um entrave aos utentes que vêm a manutenção do seu estado de saúde condicionada, por não terem rendimentos que lhes permita aceder a esses cuidados de saúde.

Todos os participantes concordaram que a relação médico/utente é importantíssima, mas que se tem vindo a perder. Contudo, a maioria dos participantes afirma que apenas recorre ao médico em último caso, por não gostarem de o fazer.

Segundo o grupo, existe uma grande falta de proximidade entre médicos e utentes, porém essa mesma falta de proximidade também se dá para com os bombeiros, enfermeiros e auxiliares, o que diminui a qualidade do serviço, pela falta de comunicação e “*trabalho em equipa*”.

Existe uma enorme valorização quanto ao papel do médico, em parte explicada pela valorização extrema de alguns utentes. Esta foi identificada pelo grupo como sendo a principal razão do distanciamento verificado, destacando ainda a falta “*humildade*” e “*arrogância*” de alguns médicos.

Relativamente à recomendação ou conselho transmitido pelo médico, o grupo encara-a com uma responsabilidade, contudo aceitam, mas revêem-na através de informações obtidas através de amigos, conhecidos, livros e internet.

Logo, podemos presumir que há confiança no médico, mas não é total. O facto de estarmos na “*Era da informação*” faz com que haja muita informação disponível e que as pessoas procurem informar-se e esclarecer-se sobre os problemas que as afetam.

Ainda assim, é de salientar que nem sempre as informações recolhidas têm credibilidade. Quanto à automedicação e à medicação administrada com base em conselhos de amigos e conhecidos, o grupo associou estes casos à falta de conhecimento e informação por parte de quem os pratica e considerou essas situações uma irresponsabilidade.

Para o grupo, a publicidade televisiva também tem influência na escolha de determinados fármacos, nomeadamente quando não sabem o que pedir ou, então, no caso dos idosos que, como procuram formas de melhorar o seu nível de bem-estar, muitas das vezes são influenciados pela publicidade, tornando-se o grupo etário mais vulnerável.

A participante enfermeira é muito clara e afirma com toda a naturalidade que a propaganda médica e as “*ofertas*” dos laboratórios têm um peso significativo na escolha de determinados medicamentos/equipamentos. Todos os participantes, de uma forma bastante expressiva, acreditam nessa influência, não só no caso dos médicos, mas também para os enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Relativamente à Medicina Convencional, o grupo considera que está melhor. Esta medicina está profundamente enraizada nos participantes, quando têm problemas de saúde é a primeira medicina a que recorrem. Esta decisão dá-se pela forte relação que têm com ela e pela crença de ser a mais credível e a que apresenta melhores garantias.

Segundo o grupo, o Sistema Nacional de saúde tem muito trabalho pela frente, e se todos trabalhassem juntos, funcionaria muito melhor, embora Portugal não esteja assim tão mal quando comparado com outros Países. As listas de espera são enormes e não é possível uma melhor resposta dos profissionais de saúde aos problemas da população.

A informatização do sistema seria uma mais-valia quando bem aplicada. Contudo, em alguns casos como, por exemplo, no sistema de triagem o excesso de automatização desumaniza o serviço, não há observação, não há proximidade. O descontentamento do grupo e desconforto em relação a esta situação foi geral.

Quando abordado o tema Medicina Tradicional Chinesa, estes identificaram-na com sendo um conjunto de técnicas ancestrais, com métodos e processos mais naturais que a Medicina Convencional. Consideram que quem recorre a esta medicina poderá ter uma maior preocupação com o corpo, de forma a evitar químicos e substâncias desconhecidas que poderão ter efeitos secundários graves no organismo.

Quanto à divulgação da Medicina Tradicional Chinesa, os participantes revelam que foi a partir da televisão nomeadamente através de reportagens, que ficaram a saber mais sobre a MTC. Por falta de conhecimento as medicinas alternativas são equiparadas por alguns participantes.

Quanto à não utilização da MTC, para o grupo o desconhecimento gerado pela informação disponível não permite um conhecimento mais profundo, não existindo opiniões sólidas sobre o assunto. Daí existir falta de crença na MTC, não existindo certezas, nem garantias em relação a esta medicina. A falta de informação e divulgação foi a primeira razão invocada. Por exemplo, em relação aos tratamentos quem não está devidamente informado não entende o processo de cura e os procedimentos realizados.

Em relação ao preço, a falta de conhecimento também tem influência, não havendo percepção do valor em questão, embora este, se for muito alto, tenha influência direta na procura, como foi referido por uma participante. O mesmo se passa em relação às condições e conforto das instalações.

Além disso, a, em geral, boa resposta da Medicina Convencional à maior parte dos problemas de saúde é uma das razões que não incentiva as pessoas a experimentarem a MTC.

Também o não reconhecimento da MTC não ajuda os portugueses a utilizar esta medicina. Segundo o grupo, esta não é reconhecida pela Ordem dos Médicos Portuguesa (OMP) pelo receio da Medicina Convencional perder a posição que ocupa.

O Grupo reconhece ainda que a MTC é, por vezes, associada a vigarice. O reconhecimento oficial e a sua regulamentação fariam aumentar a credibilidade e a confiança das pessoas nesta medicina e nos terapeutas que a ministram.

De acordo com o grupo, os portugueses não acreditam muito nestas medicinas pelo hábito, ligação e costume que têm para com a Medicina Convencional, pois esta apresenta maiores garantias. Não faz parte da cultura dos portugueses utilizar este tipo de medicina.

Para o grupo, a MTC está mais vocacionada para a prevenção de saúde, do que para a cura de uma de uma doença ou para um alívio imediato, onde pensam que a MOC tem uma melhor capacidade de resposta.

Para os participantes, as agulhas não são desculpa para uma não utilização da MTC, embora algumas pessoas tenham problemas com a acupunctura.

O grupo revelou aceitar recorrer a medicinas alternativas, mais propriamente à MTC, apenas em última opção. Somente quando a Medicina Convencional não conseguir dar

uma resposta a um problema de saúde em específico, como, por exemplo, doenças crónicas, havendo, assim, a necessidade de procura outras alternativas. O que deixa tudo em aberto para uma possível utilização, por prevenção, curiosidade ou necessidade.

## 6. Conclusões

Os resultados revelam a confirmação da revisão da literatura, de acordo com as opiniões e estudos dos diversos autores referenciados, citados e apresentados na bibliografia, através de livros, artigos científicos e dissertações, que permitiram as bases para este trabalho científico.

Os consumidores demonstram pouco conhecimento sobre o que é “realmente” a MTC.

A falta de conhecimento sobre MTC é uma das razões que não permite aos não utilizadores, uma atitude para recorrerem à MTC.

A falta de regulamentação do sector é também um fator que potencia os impedimentos deste grupo de consumidores a recorrer à MTC, nomeadamente no que diz respeito à segurança dos procedimentos terapêuticos.

A falta de humanização na relação médico-doente é apontada como um fator negativo no uso da MC.

As razões apontada por este grupo de consumidores para um eventual uso desta terapêutica, prendem-se com:

- Uma perceção dos efeitos secundários dos medicamentos prescritos habitualmente pela MC sendo o evitar do seu consumo um motivo que poderá levar estes consumidores a usar a MTC.
- Uma ideia de que esta terapêutica usa formas mais próximas do “natural” e esta tendência parece ser um motivo de atracção ao consumo.
- A falta de sucesso nas intervenções terapêuticas propostas pela MC pode também ser uma razão que leve os consumidores a usar a MTC.

- Na generalidade a informação que estes consumidores obtiveram de outros utilizadores da MTC, foi percebida como muito favorável.
- A maioria dos consumidores afirma que poderá em caso de necessidade recorrer à MTC.

O “medo das agulhas” não parece ser um motivo que por si só possa impedir o recurso à MTC, por parte destes consumidores.

Os consumidores manifestaram possuir uma atitude de preocupação com a sua saúde, e uma crescente vontade de possuir informação, quer sobre o seu estado de saúde, quer pelos procedimentos prescritos pelo seu médico.

## 7. Limitações e Propostas para Estudo Futuros

A maior limitação deste estudo foi a reduzida informação disponível sobre o tema em Portugal.

A realização de grupos de discussão no contexto de um trabalho académico e sem meios disponíveis para a formação dos grupos de discussão foi também uma dificuldade, apesar de superada pelo maior esforço em captar participantes.

A realização de mais discussões de *Focus Group*, com grupos constituídos por outros segmentos de consumidores, nomeadamente, grupos constituídos por participantes que são consumidores desta terapêutica, e grupos que já consumiram mas atualmente não consomem, bem com grupos de consumidores que nunca consumiram mais segmentados, nomeadamente mais homogêneos em relação ao género, idade, e rendimento, será com certeza um contributo indispensável para a melhoria da compreensão dos hábitos e atitudes de consumo na MTC.

## 8. Bibliografia

Almeida, H. & Duarte, H. J. M., 1999. A unidade funcional de saúde: impacto nos barómetros do sistema de saúde português. *Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública*, pp. 1996-1998.

Armstrong, T. & Bull, F., 2006. Development of the world health organization global physical activity questionnaire (GPAQ). *Journal of Public Health*, 14(2), pp. 66-70.

Astin, J. A. et al., 1998. A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Archives of Internal Medicine*, 158(21), pp. 2303-2310.

Barbosa, F. A. C., 2012. Política do Medicamento e Custos da Saúde em Portugal.

BARROS, P. P., 2003. Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume 3, pp. 7-17.

Basch, C. E., 1987. Focus group interview: an underutilized research technique for improving theory and practice in health education. *Health Education & Behavior*, 14(4), pp. 411-448.

Bohmer, R., 2000. *The customers in health care*. s.l.:Harvard Business School.

Boon, H. et al., 2000. Use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions. *Journal of Clinical Oncology*, 18(13), pp. 2515-2521.

Capra, F., s.d. *O Ponto de Mutação*. São Paulo, 1986. s.l.:Editora Cultrix.

Carlini-Cotrim, B., 1996. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, 30(3), pp. 285-293.

Coelho, S. P. B. T., 2012. Perceção e comportamento dos consumidores portugueses relativamente aos medicamentos genéricos.

Coimbra, N. R., 2011. " Tratamento dos Distúrbios da Articulação Temporomandibular através da Medicina Chinesa - método de tratamento por medicina complementar - Revisão da Literatura"..

Damas, R. I. A., 2010. Variabilidade numa população idosa da distância entre a superfície cutânea e estruturas vitais, nos pontos de acupuntura da parede posterior do tórax.

De Campos, A. C., 2008. *Reformas da Saúde: o fio condutor*. s.l.:Almedina.

Edmunds, H. & Edmonds, H., 1999. *The focus group research handbook*. s.l.:NTC Business Books Chicago.

Eira, A. d. A., 2010. *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*, s.l.: Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Engel, J., Blackwell, R. & Miniard, P., 1995. *Consumer behavior, 1995*. Dryden, Fort Worth TX.

Ferreira, L. D. S., 2008. Saúde, medicamentos, marketing e médicos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 24(5), pp. 605-16.

Ferreira, P. L. & Ferreira, L. d. N., 2006. A medição de preferências em saúde na população portuguesa.

George, F. et al. edits., 2007. Health in Portugal 2007. In: Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa PORTUGAL: Directorate-General of Health, Ministry of Health.

Giddens, A., 1991. *Modernity and self-identity: self and identity in the late modern age*. Cambridge: Polity.

Gomes, M. E. S. & Barbosa, E. F., 1999. A técnica de grupos focais para obtenção de dados qualitativos. *Revista Educativa*.

Greten, H. J., 2008. What is the role of Chinese medical theory in modern scientific research. *Journal of Acupuncture and Tuina Science*, 6(5), pp. 259-260.

Ismail, K., Sayed, T., Saunier, N. & Bartlett, M., 2013. A methodology for precise camera calibration for data collection applications in urban traffic scenes. *Canadian Journal of Civil Engineering*, 40(1), pp. 57-67.

Jacinto, R., 2012. Efeitos Agudos da Acupuntura na Disfunção Temporomandibular.

Jones, C. H., 2005. The spectrum of therapeutic influences and integrative health care: classifying health care practices by mode of therapeutic action. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 11(5), pp. 937-944.

Kidd, P. S. & Parshall, M. B., 2000. Getting the focus and the group: enhancing analytical rigor in focus group research. *Qualitative health research*, 10(3), pp. 293-308.

Kotler, P., 1994. *Administração de marketing: análise, planeamento, implementação e controlo*. s.l.:Atlas.

Kotler, P. & Armstrong, G., 2010. *Principles of marketing*. s.l.:Pearson Education.

Krueger, R., 1996. Group dynamics and focus groups. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven, pp. 397-402.

Lambin, J.-J., 2000. *Market-driven management*. s.l.:Palgrave Macmillan.

Leite, M. B. R., 2010. O recurso à acupuntura pela população adulta-idosa.

Macedo, A. e. R. A., 2010. *Como nascem os medicamentos*. Lisboa: Edições Sílabo.

Manuila, L., Falcato, J. A. & de Almeida, J. N., 2000. *Dicionário médico*. s.l.:s.n.

Maria, V., 2007. A importância dos medicamentos genéricos. *Cadernos de Economia*, Volume 80.

Medicine, N.C.F.C.a.A., 2008. [Online] Available at: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>

- Morgan, D. L., 1996. Focus groups. *Annual review of sociology*, pp. 129-152.
- Mozzicafreddo, J. & Monteiro, A., 2000. *Estado-Providência e cidadania em Portugal*. s.l.:s.n.
- Neto, O. C., Moreira, M. R. & Sucena, L. F. M., 2002. Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. *Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*, Volume 13.
- Palmeira, G., 1990. A acupuntura no ocidente. *Cadernos de Saúde Pública*, 6(2), pp. 117-128.
- Policarpo, M. C., 2012. *Integração das medicinas alternativas e complementares no Plano Nacional de Saúde*, s.l.: s.n.
- Porkert, M., 1983. *The essentials of Chinese diagnostics*. s.l.:Acta Medicinæ Sinensis Zurich.
- Pregadio, F., 2004. *The Encyclopedia of Taoism: 2-volume set*. s.l.:Psychology Press.
- Queiroz, M. d. S., 1986. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica; The mechanist paradigm of the modern Western medicine: an anthropological perspective. *Rev. saúde pública*, 20(4), pp. 309-17.
- Ramirez, A. G. & McAlister, A. L., 1988. Mass media campaign, A su salud. *Preventive medicine*, 17(5), pp. 608-621.
- Rees, L. & Weil, A., 2001. Integrated medicine: imbues orthodox medicine with the values of complementary medicine. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7279), p. 119.
- Ribeiro, J. M., 2009. *Saúde: a liberdade de escolher*. s.l.:Gradiva.
- Ribeiro, J. P. d. C. P., 2013. A evolução da política e do preço do medicamento em Portugal de 2000 a 2011: o caso da diabetes mellitus e das doenças cardiovasculares.

Richers, R., 1984. O enigmático mas indispensável consumidor: teoria e prática. *Revista de Administração & Cedeil; Universidade de São Paulo*, 19(3).

Rodrigues, A., 1988. Pontuações Sobre a Investigação Mediante Grupos Focais. *Comissão Permanente de Avaliação e Desenvolvimento Institucional*.

Santos, O. et al., 2007. Os Centros de Saúde em Portugal-A Satisfação dos Utentes e dos Profissionais.

Silva, B., 2008. Optar pelo uso de terapias alternativas e complementares: representações sociais da medicina alternativa e/ou complementar e da medicina oficial/convencional.

Solomon, M. R., 2002. Comportamento do Consumidor: Comprando. *Possuindo e Sendo*, Volume 5.

Solomon, M. R., 2008. *Comportamento Do Consumidor*, O. s.l.:Artmed.

Souza, E. F. A. A. d., 2008. *Nutrindo a vitalidade: questões contemporâneas sobre a racionalidade médica chinesa e seu desenvolvimento histórico cultural; Nourishing life: contemporary issues of Chinese medical rationality and its cultural development*, s.l.: s.n.

Su Wen, N. J., 2003. *Huang Di Nei Jing Su Wen: nature, knowledge, imagery in an ancient Chinese medical text, with an appendix, the doctrine of the five periods and six qi in the Huang Di nei jing su wen*. s.l.:University of California Pr.

Westphal, M. F., 1992. *Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista*, s.l.: s.n.

Wholey, J., Hatry, H. & Newcomer, K., 1994. Handbook of practical program evaluation Jossey-Bass. *San Francisco*.

## 9. Apêndices

**PROCURAM-SE**



**Local: Academia APAMM – Rio Maior**

**Hora e data a definir até 31-01-2014**

**Procuram-se participantes para uma reunião de grupo sobre o Tema - A Medicina Tradicional Chinesa em Portugal - Estudo de Atitudes, hábitos e comportamentos.**

**Finalidade: A conclusão de uma dissertação de Mestrado da ESGTS.**

**Pré-requisitos: Idades entre os 25 e 40 que nunca experimentaram Medicina Tradicional Chinesa**

**Oferta de lanche**

**Contactos**  
Tlm: 913 848 291  
[rjpc17@gmail.com](mailto:rjpc17@gmail.com)

**facebook**



## **Guião da realização da *Focud Group***

### **Etapas Introdutórias:**

#### **Apresentar a equipa de trabalho aos participantes;**

Muito boa noite, antes de mais quero agradecer a vossa participação voluntária, sem ela esta dissertação não seria possível, em primeiro lugar gostaria de apresentar a equipa de trabalho, composta por mim, Ricardo Colaço, na função de moderador e Tiago Silva, na função de operador de gravação, para concretização e análise deste grupo de discussão.

#### **Dar a conhecer os objetivos do estudo;**

O objetivo presente neste trabalho académico passa pela caracterização de comportamentos e hábitos de consumo sobre o seguinte grupo: Pessoas que nunca usaram MTC, com idades compreendidas entre 25 e 40 anos, de acordo com um estudo exploratório de natureza qualitativa, afim de recolher informação para concluir este trabalho científico.

#### **Informar os participantes da gravação**

Esta sessão será gravada em formato vídeo, e este não será divulgado em qualquer circunstância. Tendo em conta a metodologia em causa, servirá apenas para facilitar a análise e compreensão dos dados qualitativos que irão ser gerados, após a realização da discussão.

#### **Elucidar para que serve a recolha dos dados;**

A recolha de dados qualitativos pretende reunir informações, relativamente à MTC – Medicina Tradicional Chinesa.

#### **Convidar os participantes a apresentarem-se,**

Será agora realizada uma dinâmica de grupo, onde todos os participantes colocarão o objeto mais importante que trazem consigo, no meio da mesa redonda e no sentido dos ponteiros do relógio, peço que se apresentem referindo:

O primeiro nome; Área profissional e Motivo do objeto escolhido.

#### **Finalizadas as etapas introdutórias, vamos então passar à primeira questão do guião.**

#### **1ª Questão-chave: Para cada um de vós, o que representa ser saudável atualmente**

- Quais são os cuidados que tomam para o serem?

## **2ª Questão-chave: Vamos abordar agora qual vossa relação com a medicina convencional**

- Como vêem esta medicina?

- Olham para ela com bons ou maus olhos, têm confiança?

- Relação médico/utente – atenção prestada pelo médico

- O poder/influência do médico no processo de cura do utente

- Relação com os medicamentos (efeitos secundários, preço, perigos)

- Como avaliam no geral a qualidade do serviço

## **3ª Questão-chave Abordando a medicina tradicional chinesa**

- O que podem dizer sobre? O que é para vocês?

- Conhecem alguém próximo que já tenha utilizado?

- Essa pessoa relatou uma boa experiência? Sentem curiosidade?

- Porque nunca usaram?

- Quais as principais razões, para nunca terem usado?

- Sentem que seriam capazes de usar?

- O que vos poderia levar a usar?

Esgotadas as questões, quero pedir-vos que façam breves comentários sobre o que acharam da dinâmica e mencionem possíveis pontos não abordados que julguem importantes para a conclusão desta pesquisa.

Chegado ao fim, quero novamente agradecer a vossa participação, pela extrema importância que teve, futuramente irão ser informados sobre o desenvolvimento e conclusão da pesquisa.

## **10. - Anexos**

### **ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA**

#### **COMISSÃO DE TRABALHO E DOS ASSUNTOS SOCIAIS**

Lei de Enquadramento das Terapêuticas Não Convencionais

45/2003

#### **Capítulo I**

#### **Objeto e princípios**

Artigo 1.º

#### **(Objeto)**

A presente lei estabelece o enquadramento da atividade e do exercício dos profissionais que aplicam as medicinas não convencionais, tal como são definidas pela Organização Mundial de Saúde.

Artigo 2.º

#### **(Âmbito de aplicação)**

A presente lei aplica-se a todos os profissionais que se dediquem ao exercício das terapêuticas não convencionais reconhecidas no presente diploma.

Artigo 3.º

#### **(Conceitos)**

1 — Consideram-se terapêuticas não convencionais aquelas que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias.

2 — Para efeitos de aplicação da presente lei são reconhecidas como terapêuticas

não convencionais as praticadas pela acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia.

#### Artigo 4.º

##### **(Princípios)**

São princípios orientadores das terapêuticas não convencionais:

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

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

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

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

5 — A promoção da investigação científica nas diferentes áreas das terapêuticas não convencionais, visando alcançar elevados padrões de qualidade, eficácia e efetividade.

#### **Capítulo II**

##### **Qualificação e estatuto profissional**

#### Artigo 5.º

##### **(Autonomia técnica e deontológica)**

É reconhecida autonomia técnica e deontológica no exercício profissional da prática das terapêuticas não convencionais.

Artigo 6.º

**(Tutela e credenciação profissional)**

A prática de terapêuticas não convencionais será credenciada e tutelada pelo Ministério da Saúde.

Artigo 7.º

**(Formação e certificação de habilitações)**

A definição das condições de formação e de certificação de habilitações para o exercício de terapêuticas não convencionais cabe aos Ministérios da Educação e da Ciência e do Ensino Superior.

Artigo 8.º

**(Comissão técnica)**

1 — É criada no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação e da Ciência e do Ensino Superior uma comissão técnica consultiva, adiante designada por Comissão, com o objetivo de estudar e propor os parâmetros gerais de regulamentação das terapêuticas não convencionais.

2 — A Comissão poderá reunir em Secções Especializadas criadas para cada uma das terapêuticas não convencionais com vista à definição dos parâmetros específicos de credenciação, formação e certificação dos respetivos profissionais e avaliação de equivalências.

3 — A Comissão cessará as suas funções logo que implementado o processo de credenciação, formação e certificação dos profissionais das terapêuticas não convencionais, que deverá estar concluído até ao final do ano de 2005.

Artigo 9.º

### **(Funcionamento e composição)**

1 — Compete ao Governo regulamentar as competências, o funcionamento e a composição da Comissão e respetivas Secções Especializadas, que deverão integrar, designadamente, representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e do Ensino Superior e de cada uma das terapêuticas não convencionais e, caso necessário, peritos de reconhecido mérito na área da saúde.

2 — Cada Secção Especializada deverá integrar representantes dos Ministérios da Saúde, da Educação e da Ciência e do Ensino Superior, da área das terapêuticas não convencionais a regulamentar e, caso necessário, peritos de reconhecido mérito nessas áreas.

### Artigo 10.º

#### **(Do exercício da atividade)**

1 — A prática de terapêuticas não convencionais só pode ser exercida, nos termos deste diploma, pelos profissionais detentores das habilitações legalmente exigidas e devidamente credenciados para o seu exercício.

2 — Os profissionais que exercem as terapêuticas não convencionais estão obrigados a manter um registo individualizado de cada utilizador.

3 — O registo previsto no número anterior deve ser organizado e mantido de forma a respeitar, nos termos da lei, as normas relativas à proteção dos dados pessoais.

4 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais devem obedecer ao princípio da responsabilidade no âmbito da sua competência e, considerando a sua autonomia na capacidade de diagnóstico e instituição da respetiva terapêutica, ficam obrigados a prestar informação, sempre que as circunstâncias o justifiquem,

acerca do prognóstico e duração do tratamento.

#### Artigo 11.º

##### **(Locais de prestação de cuidados de saúde)**

1 — As instalações e outros locais onde sejam prestados cuidados na área das terapêuticas não convencionais só podem funcionar sob a responsabilidade de profissionais devidamente certificados.

2 — Nestes locais será afixada a informação onde conste a identificação dos profissionais que neles exerçam atividade e os preços praticados.

3 — As condições de funcionamento e licenciamento dos locais onde se exercem as terapêuticas não convencionais regem-se de acordo com o estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, que regula o licenciamento das unidades privadas de saúde, com as devidas adaptações.

#### Artigo 12.º

##### **(Seguro obrigatório)**

Os profissionais das terapêuticas não convencionais, abrangidos pelo presente diploma, estão obrigados a dispor de um seguro de responsabilidade civil no âmbito da sua atividade profissional, nos termos a regulamentar.

### **Capítulo III**

#### **Dos utentes**

#### Artigo 13.º

##### **(Direito de opção e de informação e consentimento)**

1 — Os cidadãos têm direito a escolher livremente as terapêuticas que

entenderem.

2 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais só podem praticar atos com o consentimento informado do utilizador.

Artigo 14.º

**(Confidencialidade)**

O processo de cada utente, em posse dos profissionais que exercem terapêuticas não convencionais, é confidencial e só pode ser consultado ou cedido mediante autorização expressa do próprio utilizador ou determinação judicial.

Artigo 15.º

**(Direito de queixa)**

Os utilizadores das práticas de terapêuticas não convencionais, para salvaguarda dos seus interesses, podem participar as ofensas resultantes do exercício de terapêuticas não convencionais aos organismos com competências de fiscalização.

Artigo 16.º

**(Publicidade)**

Sem prejuízo das normas especialmente previstas em legislação especial, a publicidade de terapêuticas não convencionais rege-se pelo disposto no Decreto-Lei n.º 330/90, de 23 de Outubro, na sua atual redação.

**Capítulo IV**

**Fiscalização e infrações**

Artigo 17.º

**(Fiscalização e sanções)**

A fiscalização do disposto na presente lei e a definição do respetivo quadro sancionatório serão objeto de regulamentação por parte do Governo.

Artigo 18.º  
**(Infrações)**

Aos profissionais abrangidos por este diploma que lesem a saúde dos utilizadores ou realizem intervenções sem o respetivo consentimento informado é aplicável o disposto nos artigos 150.º, 156.º e 157.º do Código Penal, em igualdade de circunstâncias com os demais profissionais de saúde.

**Capítulo V**  
**Disposições finais**

Artigo 19.º  
**(Regulamentação)**

O presente diploma será regulamentado no prazo de 180 dias após a sua entrada em vigor.

Artigo 20.º  
**(Entrada em vigor)**

O presente diploma entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.