



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

TERAPIAS COMPLEMENTARES NA PERSPETIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

por

Nádia Andreia Amaro Lopes

Dezembro de 2012



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

TERAPIAS COMPLEMENTARES NA PERSPETIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

por

Nádia Andreia Amaro Lopes

Sob orientação da Professora Doutora Beatriz Araújo

Com coorientação do Professor Paulo Alves

Dezembro de 2012

Pensamento:

*“Todas as artes contribuem para uma arte maior:
a arte de viver!”*

Brecht

RESUMO:

Contexto: A utilização das TCs é, hoje em dia, uma realidade presente na sociedade portuguesa e a nível mundial sendo a sua integração nos SNSs; a sua disponibilidade e acessibilidade; a sua qualidade e eficácia e o seu uso racional por profissionais e consumidores focos de investigações e desenvolvimento, nos diversos países do mundo, após a *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*.

Este estudo evidencia o interesse e a utilização das TCs por parte de profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e teve como objetivo geral: conhecer a perspetiva de profissionais de saúde em CP sobre a utilização de TCs no seu quotidiano profissional e por objetivos específicos: identificar o interesse dos profissionais de saúde em CP por TCs; identificar as TCs mais utilizadas pelos profissionais de saúde em CP e identificar as formações em TCs efetuadas por profissionais de saúde em CP.

Metodologia: Consiste num estudo exploratório descritivo com uma abordagem quantitativa em que os dados foram obtidos mediante a aplicação de um questionário constituído por três partes A, B e C, correspondentes às características pessoais e profissionais; ao interesse e à utilização das TCs pelos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, respetivamente, num total de 26 questões. Os dados foram trabalhados no programa *Microsoft Office Excel 2007* com análise estatística descritiva.

Resultados: Foram obtidos os resultados de uma amostra de 60 profissionais de saúde, com idades compreendidas entre os 23 e os 60 anos e predominantemente do sexo feminino (85%). 64,4% dos inquiridos tem interesse elevado e muito elevado em TCs sendo que nenhum profissional reportou não ter interesse em TCs. Quanto à sua utilização, todas as TCs são utilizadas pelos inquiridos em si mesmos em maior ou menor grau; em contexto de trabalho a massagem terapêutica e o toque terapêutico são as mais utilizadas e, a hipnoterapia, a quiropraxia e o tai-chi não são utilizadas. No que concerne à formação, existem profissionais de saúde formados em todas as TCs abordadas neste estudo. Verificou-se também um reduzido nível de conhecimento sobre a legislação em vigor no âmbito das TCs pois apenas 7 profissionais referiram conhecer a Lei nº45/2003 de 22 de Agosto que regulamenta as terapêuticas não convencionais.

Conclusão: A maioria dos profissionais de saúde tem elevado e muito elevado interesse por TCs realizando a maior parte da sua formação nesta área fora da formação em serviço. A utilização que fazem das TCs é mais pessoal do que profissional, contudo, tendo em conta o seu interesse e utilização sugere-se a realização de um estudo semelhante numa amostra maior, passível de ser um melhor reflexo dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, bem como estudar mais profundamente o que os leva a procurar e a formarem-se em TCs.

Palavras-Chave: Terapias complementares; profissionais de saúde; cuidados paliativos.

ABSTRACT:

Context: Utilization of complementary therapies is, nowadays, a present reality on Portuguese society and at a mundial level and there is subjects that are investigated after *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*: the integration of complementary therapies on National Health Systems; it's availability and accessibility; it's quality and efficacy and it's rational use by professionals and consumers.

This study highlights the interest and utilization of complementary therapies by health professionals in Palliative Care and it had as general purpose to know the health professionals' in Palliative Care perspective about utilization of complementary therapies on their everyday practice and had three specific purposes: identify health professionals' in Palliative Care interest for complementary therapies; identify complementary therapies more used by those health professionals and identify trainings in complementary therapies did by them.

Methodology: This is a descriptive exploratory study with quantitative approach and data were obtained by applying a questionnaire, with twenty six questions, consisting of three parts: A, B and C. Part A about personal and professional characteristics; part B on the interest of health professionals' in Palliative Care in complementary therapies and part C focused on utilization of complementary therapies by those professionals. Data were analyzed on *Microsoft Office Excel 2007* program using descriptive statistic.

Outcomes: Outcomes were obtained from a sample of 60 health professionals with ages between 23 and 60 years and predominantly female (85%). 64,4% of respondents has high and very high interest in complementary therapies and none of them reported haven't interest on complementary therapies. All complementary therapies are used by respondents in themselves to a greater or lesser degree. In the workplace therapeutic massage and therapeutic touch are most used and hypnotherapy, chiropractic and tai-chi aren't used. Professionals are trained in every complementary therapy. It was also found that health professionals in Palliative Care has little knowledge about complementary therapies' legislation; only seven professionals reported know Portuguese Law n^o45/2003 of 22nd August that regulates unconventional therapies.

Conclusion: Most health professionals in Palliative Care have high and very high interest in complementary therapies doing it's training mostly out of workplace. Utilization of complementary therapies is most personal than professional, although, taking into account it's interest and utilization that they do of it, it is suggested realization of a similar study on a bigger sample, to get a best reflex of health professionals' in Palliative Care reality and also to study more deeply what leads them to seek and train complementary therapies.

Keywords: Complementary therapies; health professionals; palliative care.

AGRADECIMENTOS:

Tenho para mim que a atitude de agradecer por algo é uma atitude que vem da alma, justa e expansiva para quem a sente e que, de alguma forma, manifesta a importância do outro ou do contributo do outro na nossa vida.

Neste sentido, manifesto aqui a minha profunda gratidão:

- À Professora Doutora Beatriz Araújo pelas suas inerentes características de ética, conhecimento, consciência e disponibilidade com as quais me orientou;
- Ao Professor Paulo Alves pela sua objetividade, foco, disponibilidade e capacidade de se fazer entender de uma forma clara e transparente com o que me coorientou;
- À Professora Doutora Margarida Vieira, pela sua inspiração num momento decisivo para a concretização deste trabalho, tornando a sua realização mais possível para mim;
- A todos os profissionais de saúde que generosamente contribuíram para que hoje este trabalho esteja realizado;
- Ao meu maravilhoso companheiro, Óscar Esteves, pelo tempo que fez questão de permanecer ao meu lado em pura companhia e disponibilidade;
- Aos meus pais e irmão pelos momentos que não pudemos passar juntos.

LISTA DE ABERVIATURAS

CP – Cuidados Paliativos

EEG - Eletroencefalograma

MCA – Medicina Complementar e Alternativa

MT – Medicina Tradicional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Sistema Nacional de Saúde

TCs – Terapias Complementares

ÍNDICE

	Pág.
PENSAMENTO	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
AGRADECIMENTOS	IV
LISTA DE ABERVIATURAS	V
ÍNDICE	VI
ÍNDICE DE GRÁFICOS	VIII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I	
Capítulo 1 – Terapias Complementares	5
1.1. Práticas Biológicas	5
1.2. Técnicas Mente-Corpo	8
1.3. Métodos de Manipulação Corporal	10
1.4. Acupuntura	15
1.5. Musicoterapia	16
Capítulo 2 – Terapias Complementares em Cuidados Paliativos	17
2.1. Sintomas Paliativos e Terapias Adjuvantes	19
PARTE II	
Capítulo 1 - Metodologia do estudo	23
1.1. Tipo de estudo	23
1.2. População e amostra	23
1.3. Instrumento de colheita de dados	24
1.4. Procedimentos formais e éticos	24
1.5. Tratamento estatístico dos dados	25
PARTE III	
Capítulo 1 – Apresentação e análise dos resultados	26
1.1. Caracterização da Amostra	26
1.2. Interesse dos profissionais de saúde por Terapias Complementares	30
1.3. Utilização de Terapias Complementares por profissionais de saúde em Cuidados Paliativos	31
Capítulo 2 – Discussão dos resultados	36
2.1. Limitações do estudo	38
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	

ANEXO 1 – Despacho do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu para aplicação do pré-teste	48
ANEXO 2 – Instrumento de Colheita de Dados	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a idade (frequências relativas e absolutas)	26
Gráfico 2- Distribuição dos inquiridos segundo o sexo (frequências relativas e absolutas)	27
Gráfico 3- Distribuição dos profissionais de saúde de acordo com a sua escolaridade....	27
Gráfico 4- Distribuição dos profissionais de saúde por área profissional	28
Gráfico 5- Distribuição dos profissionais de saúde segundo o tempo de profissão (frequências relativas e absolutas)	28
Gráfico 6- Distribuição dos profissionais de saúde de acordo com o tempo de profissão em Cuidados Paliativos (frequências relativas e absolutas)	29
Gráfico 7 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo a formação especializada .	29
Gráfico 8 – Distribuição dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos quanto ao seu interesse por Terapias Complementares	30
Gráfico 9 – Distribuição dos profissionais de acordo com o seu nível de informação sobre o processo de inclusão das Terapias Complementares no Sistema Nacional de Saúde Português	31
Gráfico 10 – Distribuição dos profissionais de saúde de acordo com a formação específica em Terapias Complementares	31
Gráfico 11 – Distribuição das Terapias Complementares utilizadas pelos profissionais de saúde em si mesmos	32
Gráfico 12 – Distribuição das Terapias Complementares utilizadas pelos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, nos seus locais de trabalho	33
Gráfico 13 – Distribuição das Terapias Complementares observadas serem utilizadas nos locais de trabalho dos inquiridos	33
Gráfico 14 – Distribuição das Terapias Complementares com resultados mais positivos .	34
Gráfico 15 – Distribuição dos sintomas em que ocorre maior alívio sintomático com a utilização de Terapias Complementares	34

INTRODUÇÃO

De acordo com a etimologia da palavra, terapia tem origem grega *therapeia* que significa cuidados médicos ou tratamento, derivada da palavra *therapeuein* que significa ato de cuidar de ^(1,2).

Por terapias complementares (TCs) entende-se então o grupo de tratamentos usados para controlo sintomático e para aumentar a sensação de bem-estar físico, mental, emocional e espiritual. Complementares na medida em que são utilizadas como adjuvantes da medicina ou tratamentos convencionais e permitem o aumento da qualidade de vida dos doentes ⁽³⁾.

Diversos são os termos utilizados para denominar terapias complementares, nomeadamente, medicina complementar e alternativa. Contudo não se pretende, nesta dissertação, escamotear os termos designados, mas sim referir que a utilização do termo terapias complementares prende-se com a linha de pensamento descrita anteriormente, bem como com o facto de, em Portugal, o Sistema Nacional de Saúde (SNS) ter por base a medicina convencional ou alopática ⁽⁴⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo a recomendar a integração da Medicina Tradicional (MT) ou Medicina Complementar e Alternativa (MCA) nos sistemas públicos de saúde dos diversos países do mundo, desde 1978, aquando da Primeira Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários (Declaração de Alma-Ata, especificamente no ponto VII. *Primary Health Care*, alínea 7. ⁽⁵⁾). Seguiram-se, depois e por ordem cronológica, a definição das Metas de Saúde Para Todos no ano 2000, documentada pela OMS; um debate na Assembleia Mundial da Saúde; e a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Otava, em 1986 ⁽⁶⁾. Posteriormente, a OMS conjuntamente com colaboradores de diversos países desenvolveu a *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, por forma a discutir o papel das TCs nos Sistemas de Saúde mediante a abordagem de questões sobre política, segurança, eficácia, qualidade, acesso e uso racional das TCs. Tudo isto com o fim último de poderem ser prestados cuidados de saúde integrativos e adequados à pessoa doente, de acordo com as suas crenças e valores uma vez que as TCs, em determinados países, constituem a base do SNS e, noutros, surgem posteriormente à sua existência, não constituindo, portanto, neste caso, a base dos cuidados de saúde neles praticada ou não estando integradas nos seus Sistemas de Saúde (países desenvolvidos) ⁽⁷⁾.

Para dar resposta ao objetivo referido no parágrafo anterior, nesse documento foi então preconizado o desenvolvimento de investigações em quatro âmbitos categorizados pelos seus quatro objetivos base: 1. No plano político: Integrar as TCs nos sistemas nacionais de saúde; 2. Na investigação: Incentivar a busca por segurança, qualidade e eficácia das TCs; 3. No acesso: Melhorar a disponibilidade e acessibilidade; e 4. Na utilização: Fazer uso racional das TCs por profissionais e consumidores ⁽⁷⁾.

De acordo com o referido documento, verifica-se a necessidade de uma mudança nas políticas de saúde, a fim de torná-las mais integrativas e abrangentes, bem como na constituição dos diversos Serviços Nacionais de Saúde nos países desenvolvidos, pois são estes países fundamentalmente que têm por base a medicina convencional ou alopática. O Reino Unido tem sido um dos que tem realizado mais esforços no sentido de integrar as TCs no seu SNS, com o desenvolvimento de políticas integrativas destas práticas e de investigações que fundamentam a sua validade e eficácia ⁽⁷⁾. Desde então, diversas pesquisas globais têm sido levadas a cabo pela OMS na última década, no âmbito das TCs, vindo a concluir que a implementação da referida WHO *Traditional Medicine Strategy 2002-2005* tem tido progressos pois, o número de Estados Membros que reportaram ter políticas nacionais no âmbito das TCs tem aumentado de 5 em 1990, para 45 em 2003 e para 48 em 2007. O número de Estados Membros com regulamentação definida na área da fitoterapia também tem aumentado, de 14 em 1983, para 54 em 2003 e para 110 em 2007. No que se refere ao número de Estados Membros com Institutos de Investigação em TCs e fitoterapia tem-se verificado, igualmente um acréscimo ao longo dos anos de 12 em 1970, para 43 em 2003 e para 62 em 2007. ^(8,9) A nível mundial, num sentido e esforço cooperativo e integrativo por diversos países na sua validação, certificação e integração nos SNSs, as TCs têm sido tema cada vez mais frequente de investigações em diversas áreas disciplinares, como na medicina, psicologia e sociologia.

Em Portugal, no início deste século, principiou-se o processo de regulamentação das TCs, então denominadas de terapêuticas não convencionais. Este acontecimento poderá dever-se ao aumento crescente da procura destas terapias, bem como da sua prática e conseqüente necessidade de regulamentação, fundamentação, certificação e creditação das mesmas e dos profissionais que as praticam.

Após amplos debates em Assembleia da República, o Parlamento Português aprovou a Lei nº45/2003 em Julho de 2003, publicada em Diário da República a 22 de Agosto de 2003 - Lei de enquadramento da atividade e do exercício de terapêuticas não convencionais, no SNS, são elas: acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia, com a definição dos seus princípios orientadores, bem como a sua qualificação e estatuto profissional. Entretanto, em Maio de 2004, foi aprovada a criação da Comissão Técnica Consultiva, conforme descrito no artigo 8º da referida Lei, com o objetivo de "... estudar e propor os parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais", sendo assim responsável pela implementação do processo de credenciação, formação e certificação dos profissionais das terapêuticas não convencionais ⁽¹⁰⁾.

Face à dificuldade na obtenção de consenso entre todos os elementos envolvidos, em Abril de 2008, a referida Comissão Técnica Consultiva cessou as suas funções submetendo o seu trabalho à Direção Geral da Saúde, a qual colocou os textos finais em discussão pública por 30 dias. Contudo, apesar dos progressos que têm ocorrido neste âmbito, as TCs ainda não se encontram regulamentadas pois ainda no início deste ano, foi elaborada e apresentada a

Proposta de Lei que regulamenta a Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto, pelo Gabinete do Secretário de Estado do Adjunto do Ministro da Saúde, em Fevereiro de 2012.

Perante este cenário político e contexto nacional neste domínio, esta dissertação de mestrado tem como finalidade contribuir para o processo de integração das TCs, então designadas por terapêuticas não convencionais, no SNS Português, mediante a realização de um estudo exploratório transversal, capaz de “tirar uma fotografia” do momento atual acerca da utilização das TCs por parte dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos. Neste sentido, o estudo aqui descrito tem por objetivo geral: conhecer a perspetiva de profissionais de saúde em cuidados paliativos sobre a utilização de TCs no seu quotidiano profissional e, de modo a alcançar este objetivo apresentam-se como objetivos específicos: identificar o interesse dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos por TCs; identificar as TCs mais utilizadas pelos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos; e identificar as formações em TCs efetuadas por profissionais de saúde em Cuidados Paliativos.

Diversas são as intervenções não-farmacológicas já desenvolvidas pelos enfermeiros portugueses, nomeadamente, no controlo da dor e classificadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2008, como: físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional ⁽¹¹⁾.

Numa perspetiva mais abrangente de sintomatologia paliativa, as TCs encontram-se classificadas como: (a) práticas biológicas, nas quais se incluem a fitoterapia, a naturopatia e a homeopatia; (b) técnicas mente-corpo, nas quais se integram a meditação, a hipnoterapia e o yoga; (c) métodos de manipulação corporal, nas quais se incluem a osteopatia, a quiropraxia, o toque terapêutico, o reiki, a massagem terapêutica, a reflexologia, o shiatsu e o Tai-Chi; (d) a musicoterapia e a acupunctura como independentes de qualquer dos campos anteriores ⁽³⁾. Neste sentido, serão estas as terapias complementares sobre as quais se focará este estudo, uma vez que tal classificação foi desenvolvida tendo por base a fundamentação científica existente sobre cada uma das terapias designadas e a sua existência, nomeadamente, no Reino Unido.

A motivação para a temática deste estudo decorre de diversos acontecimentos, tais como: (i) a crescente procura por TCs, a nível mundial; a preocupação que a OMS tem vindo a manifestar sobre esta temática, nomeadamente, através da proposta “*WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*”; (ii) os estudos levados a cabo, neste âmbito, por diversas disciplinas científicas como a sociologia, a medicina, a psicologia e a enfermagem; (iii) o processo de regulamentação das TCs em Portugal; (iv) o facto de me serem solicitadas as realizações de determinadas TCs por doentes paliativos a quem presto cuidados de saúde para alívio sintomático, sobretudo de dores musculares; e (v) a existência do “Projeto Bem-Estar” no Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil de Coimbra que se baseia na realização de massagem terapêutica para alívio da dor nos doentes.

Esta dissertação encontra-se estruturada em: Introdução; Parte I constituída por Capítulo 1. Terapias Complementares e Capítulo 2. Terapias Complementares em Cuidados Paliativos;

uma Parte II referente à Metodologia do Estudo e a Parte III constituída por Capítulo 1. Apresentação e Análise dos Resultados e Capítulo 2. Discussão dos Resultados. Por fim, apresenta-se a Conclusão, Referências Bibliográficas e dois Anexos.

PARTE I

Capítulo 1 – Terapias Complementares

Neste primeiro capítulo importa definir cada terapia complementar presente no estudo, pois só deste modo se conseguem interpretações igualitárias. Assim, apresentam-se de forma sucinta e clara, as referidas terapias complementares focando-se três aspetos relevantes: conceito, origem e funcionalidade.

1.1. Práticas Biológicas

As terapias enquadradas neste âmbito envolvem a ingestão de substâncias referidas como capazes de induzirem alterações fisiológicas nos sentidos preventivo ou curativo de doenças, como sejam, planos dietéticos específicos, ervas, vitaminas e outros constituintes extraídos de fontes naturais ⁽³⁾ pelo que, são consideradas práticas biológicas a fitoterapia, a homeopatia e a naturopatia.

Em cuidados paliativos, os pacientes tendem a buscar e utilizar estas terapias por dois motivos fundamentalmente: como um esforço último para curar e tratar a sua doença e o seu estado terminal; e/ou como medidas de suporte da terapêutica convencional e do tratamento paliativo levado a cabo pelos profissionais de saúde, nomeadamente, para “fortalecer o corpo”, para “fortalecer o sistema imunitário” ou para “potenciar a nutrição” que se realiza ⁽³⁾.

Em relação a estas terapias importa referir que, apesar de serem baseadas em plantas ou suplementos provenientes de fontes naturais, não são inócuas na sua ação terapêutica, podendo ser tóxicos quando ingeridos em doses elevadas de acordo com o que se encontra cientificamente provado, pelo que é de primordial importância a concretização de uma comunicação fluida entre pacientes, profissionais de saúde, da medicina convencional e profissionais das TCs. Pois, importa saber quando um paciente utiliza estas terapias e a sua qualidade, o motivo que o leva a recorrer a elas e o que ingere, por forma a descobrir a sua complementaridade ou não com os medicamentos prescritos e, deste modo, prestar cuidados paliativos de melhor qualidade ⁽¹²⁾.

Fitoterapia

A fitoterapia é uma palavra de origem grega derivada de *phyton* que significa vegetal e *therapeia* que significa tratamento, pelo que, fitoterapia designa o estudo das plantas medicinais e sua aplicação na cura de doenças.

O emprego de plantas medicinais no tratamento de doenças iniciou-se de forma empírica mediante a observação e utilização de folhas e frutos que se pareciam com partes do corpo

humano sendo, com o tempo e devido aos resultados obtidos, selecionadas de acordo com a sua importância terapêutica e passadas de geração em geração por transmissão oral e, posteriormente, descritas em livros por diversas civilizações antepassadas, nomeadamente a civilização Egípcia ⁽¹³⁾.

A partir do século XIX e mais concretamente a partir da década de 60 cresceu o interesse pela fitoterapia nos países desenvolvidos, devido aos avanços na área da química que, para além do emprego de fármacos vegetais e dos métodos clássicos de preparação de medicamentos, passou a usar formas farmacêuticas mais elaboradas como os comprimidos, as cápsulas, as gélulas e os nebulizados, incremento este iniciado na Alemanha, França e Reino Unido, extensível depois a outros países europeus e à América do Norte, nomeadamente, devido à verificação de benefícios resultantes da administração de fitoterapia em determinadas patologias ⁽¹³⁾.

A nível científico tem-se verificado um aumento dos estudos efetuados no âmbito da fitoterapia em dois aspetos principais: constituição das plantas medicinais e suas ações farmacológicas e, em 1989, foi fundada a *European Scientific Cooperative On Phytotherapy* (ESCOP) com sede no Reino Unido desde 1996, com a finalidade de desenvolver estudos científicos para promover o estatuto científico aos medicamentos fitoterápicos e a sua harmonização com a regulamentação existente nos diversos países europeus ⁽¹⁴⁾.

Devido à globalização dos medicamentos fitoterápicos, para além da OMS, a União Europeia definiu diretrizes para a sua preparação e teceu recomendações, hoje implementadas em diversos países, para regulamentar de forma específica os referidos medicamentos no que diz respeito à sua eficácia, qualidade e segurança ⁽¹³⁾.

Homeopatia

Homeopatia é uma palavra de origem grega derivada de *hómoios* que significa semelhante e *pathos* que significa doença e consiste num sistema médico desenvolvido na Alemanha há mais de 200 anos, mais concretamente no final do século XVIII ⁽¹⁵⁾.

Os praticantes desta terapia complementar apoiam-se em duas teorias não convencionais e que constituem a base de atuação deste tipo de tratamento, são elas: “semelhante cura semelhante”, ou seja, baseia-se na noção de que uma doença pode ser curada por uma substância que produz sintomas similares em pessoas saudáveis; e a “lei da dose mínima”, ou seja, apoia-se na noção de que quanto mais reduzida for a dose de medicação, maior será a sua efetividade na cura de determinada doença ⁽¹⁵⁾. Para além destas teorias, mais dois princípios definem a base desta TC: o princípio da “experimentação no homem são”, decorrente da primeira teoria, em que cada medicamento deve ser experimentado em pessoas saudáveis antes de ser utilizado como terapêutico em pessoas doentes; e o princípio do medicamento único que refere que cada medicamento é exclusivo e criado unicamente para determinada pessoa, pois tem em consideração suas características físicas, psicológicas e ambientais ⁽¹⁶⁾.

Os remédios homeopáticos derivam de substâncias provenientes de plantas, minerais ou animais, nomeadamente: cebola vermelha, esmagada de abelhas inteiras, arsénico branco, hera venenosa, beladona, entre outros. As técnicas de preparação das drogas incluem a diluição da matéria-prima em soluções hidra alcoólicas ou noutros excipientes e a dinamização do produto em diferentes graus. Em alguns casos, a diluição é tão elevada que se torna praticamente impossível encontrar uma molécula da matéria-prima original, facto este alvo de intensos debates entre, por uma lado, pessoas que experienciaram efeitos positivos com terapia homeopática e acreditam fortemente nela e, por outro lado, pessoas que criticam estes produtos como sendo contrários a todos os requisitos da farmacologia moderna ^(15, 17).

Os tratamentos são “individualizados” ou adaptados a cada pessoa, pelo que é comum pessoas diferentes com a mesma condição receberem tratamentos diferentes, aspeto este considerado um dos grandes desafios para a investigação científica ⁽¹⁵⁾.

Uma revisão sistemática da literatura refere que remédios homeopáticos altamente diluídos sob supervisão de profissionais de homeopatia treinados são, na generalidade, seguros e improváveis de causar reações adversas severas ⁽¹⁵⁾.

Na região de Lombardia, em Itália, cerca de 20% da população usa regularmente remédios homeopáticos e quase 60% utiliza-os ocasionalmente para o seu bem-estar, números estes que veem aumentando. Para além disto, mais de 34% das pessoas utilizam remédios homeopáticos para cura pessoal. Dada a situação, no sentido de proteger os consumidores e assegurar os requisitos básicos para a utilização destes remédios a nível internacional, nacional e regional o Governo Regional da Lombardia em colaboração com a OMS desenvolveram um documento técnico ⁽¹⁷⁾ para assegurar que os medicamentos homeopáticos atendem a padrões mínimos de segurança e para garantir a sua elevada qualidade com o fim último de facilitar o estabelecimento de regulamentação da homeopatia em países onde não existia ou não existe.

Naturopatia

A naturopatia consiste num sistema de medicina natural que se desenvolveu da combinação de práticas tradicionais e abordagens de saúde. Tem as suas raízes ancestrais nos ensinamentos de estoicismo da Grécia Antiga e nas práticas médicas das escolas Hipocráticas cujas teorias e métodos terapêuticos se baseavam na filosofia, observação clínica e no conhecimento do homem em relação à natureza e foi denominada como tal, pela primeira vez, pelo Dr. Scheel, médico naturopata e homeopata alemão, no final do século XIX, tendo-se desenvolvido na Europa e seguidamente nos Estados Unidos da América no início do século XX ^(18, 19, 20).

Este sistema de medicina natural tem como crença base ou filosofia-guia a existência do “*healing power of nature*” pelo que, os seus praticantes utilizam preferencialmente abordagens terapêuticas que consideram ser mais naturais e menos invasivas pois acreditam que o organismo tem a capacidade intrínseca de curar-se e manter-se ⁽¹⁸⁾.

A naturopatia engloba em si diversos métodos naturais e técnicas modernas de cura, nomeadamente: aconselhamento nutricional, medicamentos fitoterápicos, homeopatia,

hidroterapia, massagem terapêutica, manipulação articular e aconselhamento de estilo de vida e baseia-se nos princípios: da não-maleficência; do agir em cooperação com o poder curativo da natureza; de investigar, identificar e tratar a causa fundamental da doença; de tratar a pessoa como um todo utilizando tratamentos individualizados e de ensinar estilos de vida saudáveis e preventivos ^(18, 19).

1.2. Técnicas Mente-Corpo

A conexão mente-corpo pode ser demonstrada pela existência do efeito placebo, no qual mudanças biológicas podem ser induzidas por sugestões e expectativas ⁽³⁾.

Em cuidados paliativos, as técnicas mente-corpo têm por propósito diminuir os níveis de ansiedade e stress e promover estados de relaxamento, mediante diversos métodos, podendo ser elementos importantes, numa variedade de estratégias, promotores da saúde psicológica dos pacientes, bem como das suas necessidades espirituais. Contudo, estas terapias não deverão ser sobrestimadas, antes vistas sob uma ótica de complementaridade com os tratamentos da medicina convencional, no suporte aos doentes em fase terminal das suas vidas ⁽³⁾.

Neste subcapítulo incluem-se as técnicas de hipnose, meditação e yoga, sendo que, de acordo com um estudo de revisão sistemática da literatura baseado em 90 estudos, levado a cabo nos Estados Unidos da América, existem efeitos positivos no alívio dos sintomas depressivos, mediante a utilização destas terapias em pessoas com ou sem outras comorbilidades crónicas ⁽²¹⁾.

Hipnoterapia

A hipnoterapia consiste na utilização da hipnose com propósitos terapêuticos. O termo hipnose foi criado pelo médico britânico James Braid no século XIX por acreditar tratar-se de um sono induzido, termo definido em homenagem ao deus do sono na mitologia grega (*hypnos*).

No que diz respeito ao desenvolvimento da hipnose ao longo dos tempos observam-se três momentos distintos: a hipnose dos povos primitivos e civilizações antigas, nomeadamente, civilização egípcia em que o papiro de Ebers datado de 1500 a.C. refere o uso da hipnose com finalidade curativa, para alívio da dor e doenças; a hipnose científica iniciada com o trabalho do médico austríaco Franz Anton Mesmer no século XVIII e que propiciou o seu desenvolvimento no século XIX, nomeadamente, a sua utilização para alívio da dor provocada por cirurgias e também para realização de cirurgias que se revelavam ocorrer sem dor por parte do paciente devido ao “sono mesmérico” como anestésico e, por fim, a hipnose moderna ou hipnoterapia criada por Milton Erickson em meados do século XX ⁽²²⁾.

Foi James Braid, no século XIX, contudo que, ao estudar e investigar o processo anestésico do transe hipnótico começou a realizar cirurgias sob esse transe e a ensinar técnicas de auto-hipnose aos seus pacientes denominando de hipnose o “sono do sistema nervoso”⁽²²⁾.

A hipnose define pois, um estado alterado de consciência que se manifesta nos seres humanos que pode ser natural ou provocado, por meio de sugestões, por si mesmo (auto-hipnose) ou por parte de um hipnoterapeuta no qual a consciência dissocia-se do ambiente⁽²³⁾.

Meditação

A meditação pode ser definida como uma prática que engloba diversas técnicas que buscam treinar a focalização da atenção (característica fundamental a todas as técnicas)^(24, 25), prática esta muito antiga, originária nas culturas orientais, relacionada especialmente às filosofias do yoga e do budismo.

Consoante se esteja no Oriente ou no Ocidente, a meditação tem concepções diferentes. No Oriente a meditação consiste numa prática de busca espiritual, enquanto no Ocidente, a palavra meditação tem sido utilizada para descrever as práticas autorregulatórias do corpo e da mente⁽²⁵⁾.

Em 2004 surge uma definição operacional de meditação na área da saúde, conferindo-lhe um caráter científico. De acordo com os autores, o processo caracterizado por meditação deverá seguir 5 requisitos: “o uso de uma técnica específica (claramente definida); relaxamento muscular em algum momento do processo; “relaxamento da lógica”; ser necessariamente um estado auto-induzido e, o uso da capacidade de “auto-focalização” (cognominado de “âncora)”⁽²⁶⁾.

No presente momento, encontram-se disponíveis diversas pesquisas realizadas no âmbito da meditação que sugerem alguma uniformidade entre os efeitos da prática meditativa pois observa-se que muitos resultados obtidos a partir da utilização de diferentes técnicas são muito semelhantes, ainda assim, um estudo experimental tipo grupo-controlo mostrou que pessoas que utilizaram meditação de cunho espiritual tiveram maior redução dos níveis de ansiedade e maior tolerância à dor comparativamente com as pessoas do grupo que utilizou meditação secular^(25, 27). Um outro estudo experimental do mesmo tipo revelou que idosas praticantes de meditação obtiveram melhores níveis de qualidade de vida do que as idosas do grupo-controlo que não praticavam meditação, resultados similares aos encontrados num estudo prospetivo com idosos portadores de insuficiência cardíaca congestiva⁽²⁸⁾.

Para além da sua relação com a psicoterapia, a meditação começou a ser uma intervenção clínica utilizada como ferramenta para tratamentos coadjuvantes, sendo foco de determinados programas de saúde, nomeadamente: o *Mindfulness-Based Stress Redution* (MBSR – Programa de Redução de Stress Baseado na *Mindfulness*) desenvolvido por Kabat-Zinn no Centro Médico da Universidade de Massachusetts; o *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT – Terapia Cognitiva Baseada na *Mindfulness*), programa desenvolvido a partir do

programa anterior e voltado para a psicoterapia cognitivo-comportamental e a “*resposta de relaxamento*” um outro programa desenvolvido em Harvard, no centro médico *Mind Body Medical Institute* pelo médico cardiologista Herbert Benson e que inclui a meditação como uma das técnicas utilizadas para proporcionar maior saúde e bem-estar aos seus pacientes ⁽²⁵⁾.

Para além disto a meditação tem vindo a ser utilizada nos sistemas de saúde de diversos países como Nova Zelândia, Canadá, Austrália, Reino Unido e Estados Unidos da América sob a designação de *Complementar Alternative Medicine (CAM)* ⁽²⁵⁾. Contudo, a prática da meditação aliada aos cuidados de saúde suscita opiniões divergentes: por um lado autores defendem a necessidade de metodologias mais rigorosas para assegurar que a meditação é a responsável pelos resultados observados argumentando a não-randomização de muitas amostras, o diminuído número de participantes e a afiliação dos pesquisadores à técnica investigada; por outro lado, contudo, diversos estudos revelam resultados positivos da prática meditativa sugerindo-a como eficiente, nomeadamente no que diz respeito a reações psicossomáticas e experiências subjetivas como a sensação de bem-estar e de crescimento pessoal ⁽²⁵⁾.

Yoga

Yoga é uma palavra derivada do sânscrito “*yuga*” significa, literalmente, “unir” e define a união entre corpo, mente e espírito mediante um sistema de posturas, de controlo respiratório, sons, meditação e outras práticas.

Esta filosofia e terapia mente-corpo tem a sua origem na Índia e remonta há mais de 5000 anos tendo sido Patañjali o Indiano que recolheu, sistematizou e codificou toda a filosofia do yoga (compondo os aforismos do yoga conhecidos como yoga sutra) tornando-a acessível a todas as pessoas que desejaram ⁽²⁹⁾.

Na Índia o termo yoga é utilizado para descrever uma técnica de contemplação que promove a rutura com os vínculos exteriores por parte do indivíduo permitindo um olhar e observação do seu interior. Independentemente das diversas vertentes do yoga hoje existentes, devido às diversas escolas que ensinam, praticam e transmitem o conhecimento acerca desta filosofia e terapia, o preceito essencial que está nas suas bases é exatamente a ligação de cada indivíduo com o seu mundo interior aquando da prática de yoga tornando-se, desta forma, mais consciente de si mesmo, do seu corpo, dos seus pensamentos e sentimentos.

No que diz respeito ao seu carácter terapêutico, as pessoas praticam yoga por diversas razões e condições de saúde, nomeadamente, para alívio da dor lombar e redução dos níveis de ansiedade e stresse. No presente momento encontram-se disponíveis estudos que evidenciam efeitos positivos do yoga nestas condições ^(30, 31).

1.3. Métodos de manipulação corporal

Neste grupo de terapias, incluem-se todas aquelas que objetivam o reduzir de tensões e disfunções orgânicas mediante a manipulação do sistema músculo-esquelético, sendo que os

praticantes de osteopatia e de quiropraxia foram os primeiros a utilizar métodos manuais de tratamento ⁽³⁾. Neste sentido, incluem-se neste grupo de TCs a massagem terapêutica, a osteopatia, a quiropraxia, a reflexologia, o reiki, o shiatsu e o toque terapêutico.

Massagem terapêutica

Massagem é um ato de amassar, friccionar e percutir as partes superficiais do corpo com as mãos ou com um instrumento, constituindo-se como uma manipulação dos tecidos moles com o propósito de recuperar a saúde e o bem-estar atuando sobre os sistemas nervoso, muscular e circulatório.

A palavra massagem tem uma etimologia ainda hoje não precisa, contudo há referências de que terá duas origens: uma grega, com a palavra “*massein*” que significa amassar e, outra, semítica, com a palavra árabe “*mass’h*” que significa tocar ou pressionar levemente ⁽³²⁾.

A massagem tem origem na era pré-histórica contudo, as referências históricas existentes sobre a sua prática remontam há cerca de 4500 anos, na cultura chinesa, com o *Nei Ching*, texto médico chinês mais antigo conhecido ^(32, 33). Desde então, diversas foram as culturas e as pessoas cujos nomes se encontram aliados ao desenvolvimento de determinadas técnicas de massagem, contudo foi com Galeno (129-200 d.C.), médico grego de Roma que revolucionou a medicina desenvolvendo o método experimental com o qual estabeleceu as bases científicas da massagem ⁽³²⁾. Durante o período da Idade Média verificou-se uma repressão da massagem terapêutica dada a influência da Igreja que a considerava como pecaminosa dados os contactos corporais que envolvia renascendo depois o interesse pela massagem no século XV, com o Renascimento. Contudo, os avanços científicos neste âmbito foram muito reduzidos até 1813, ano em que o sueco Pehr Henrik Ling constituiu a massagem como uma técnica complementar e terapêutica à ginástica sendo considerado então o “pai” da massagem moderna, conhecimentos depois praticados, por seus seguidores, na Inglaterra, França, Áustria, Alemanha e Rússia ⁽³²⁾.

Osteopatia

A palavra osteopatia deriva das palavras gregas “*ostéon*” que significa osso e “*pathos*” que significa doença ou patologia.

A osteopatia é uma terapia manual que inclui técnicas manipulativas do sistema músculo-esquelético para auxiliar no tratamento de doenças. A sua origem remonta ao século XIX, mais precisamente a 1874, nos Estados Unidos da América e ao médico Andrew Taylor Still (1828-1917) que mediante estudos e investigações desenvolveu uma correlação entre estrutura e função do organismo humano e o conceito de unidade tripla diferenciada do homem enfatizando a união entre corpo, mente e espírito designando isto por “*creation’s perfect self-healing mechanism*”. ⁽³⁴⁾ Neste sentido, a Osteopatia encontra-se fundamentada em três princípios que constituem a base do tratamento e manejo do paciente: a unidade funcional

dinâmica que é o ser humano, cujo estado de saúde é influenciado pelo corpo, mente e espírito; os mecanismos de autorregulação do corpo pelo que auto cura-se; e a inter-relação entre estrutura e função do organismo a todos os níveis no corpo humano. ⁽³⁵⁾

Em 1994, constituiu-se a Associação a Registo dos Osteopatas Portugueses.

Quiropraxia

Quiropraxia é uma palavra derivada das palavras gregas: “*Kéiros*” que significa mãos e, “*Práxis*” que significa fazer / realizar, pelo que, no seu sentido literal pretende designar uma terapia realizada com as mãos. ⁽³⁶⁾

Registos históricos apontam a origem da quiropraxia para a Grécia antiga e civilização egípcia sendo os mais recentes datados do ano 1700, em Inglaterra, contudo, foi no final do século XIX, em 1895, em Davenport, nos Estados Unidos da América, que um magnetoterapeuta denominado Daniel David Palmer sistematizou pela primeira vez toda a informação relativa a esta TC e lhe conferiu um carácter científico pelo que é considerado como o descobridor da quiropraxia. ⁽³⁶⁾

A quiropraxia envolve uma anamnese, exame clínico e o exame quiroprático propriamente dito no qual é realizado um estudo minucioso observacional e palpável da coluna vertebral mediante a avaliação de parâmetros como postura, avaliação radiológica específica, palpação estática, palpação dinâmica, termografia computadorizada, “leg checks”, inclinometria, entre outros, aspetos estes que permitirão ao quiropraxista atuar no que se denomina por subluxação vertebral, definida por alteração no funcionamento articular/vertebral tendo como consequência alterações nas fibras nervosas. ^(36, 37) Após descobrir quais as vértebras desalinhas e as direções dos desalinhamentos, o quiropraxista definirá as técnicas a utilizar para realinhar cada vértebra identificada e proceder então ao ajuste necessário para restabelecer a saúde.

O princípio base desta TC consiste na homeostasia, pelo que o seu principal objetivo consiste em restaurar e/ou manter a capacidade do organismo de procurar sempre o equilíbrio para se manter saudável mediante a eliminação de eventuais interferências no sistema nervoso. ^(36, 37)

Esta TC tem vindo a ser cada vez mais utilizada por pessoas em todo o mundo, sendo que, nos Estados Unidos da América, já em 2004 se verificava que os quiropraxistas constituíam o terceiro maior grupo profissional. ⁽³⁷⁾

Reflexologia

A reflexologia é uma terapia que se baseia na premissa de que existem, nos pés, zonas e pontos reflexos correspondentes a cada área e órgão do corpo humano, respetivamente. Essas zonas e pontos, ao serem estimulados, por movimentos de pressão, vão desencadear o processo curativo do próprio organismo e, desta forma, permitir ao corpo encontrar gradual e naturalmente o seu equilíbrio interno, ou homeostasia.

A sua origem encontra-se indefinida, contudo os primeiros registos históricos considerados consistem em pictogramas da civilização egípcia. Em 1017 o médico acupuntor Wang Wei considerou os pés como partes do organismo importantes a tratar aquando da cura do organismo. Contudo, foi só no século XIX que, no ocidente, se iniciaram pesquisas sobre as referidas zonas existentes no corpo humano e extensíveis aos pés, pelo senhor Henry Head ao realizar estudos neurológicos, seguido pelo médico Cornellius que iniciou estudos na então denominada “Teoria das Zonas”, teoria segundo a qual determinadas zonas do organismo melhoravam aquando da massagem e pressão de determinadas zonas nos pés e que veio a ser desenvolvida no início do século XX pelo médico Dr. William Fitzgerald tendo descoberto que a massagem de determinados pontos nos pés provocavam um efeito analgésico e anestésico possibilitando a auto-cura do corpo ^(38, 39).

O mapa dos reflexos existentes nos pés, correspondentes portanto a cada órgão do corpo humano foi desenvolvido pela fisioterapeuta norte-americana Eunice Ingham (1888-1974) mediante anos de estudo e experiência prática e apoiada na teoria da terapia zonal desenvolvida pelo referido Dr. Fitzgerald ⁽³⁹⁾.

Tal como na osteopatia, o objetivo principal desta TC consiste em promover e restaurar a capacidade do organismo de se equilibrar e de retornar à homeostasia.

Reiki

De uma forma simplificada Reiki consiste num método natural de cura que ocorre mediante a imposição das mãos sobre zonas definidas do corpo de uma pessoa e durante o qual o terapeuta se encontra mentalmente focado num poder superior, por forma a constituir-se como um “canal” dessa energia. Neste sentido, a cura ocorre mediante um processo de transferência e eventual transformação energética.

Desde sempre que o Homem tem o instinto de colocar as suas mãos sobre uma zona ferida ou simplesmente com dor, em si e nos outros, pelo que se considera em diversas pesquisas efetuadas neste âmbito por diversos pesquisadores que a sua origem será muito antiga. Contudo, foi Mikao Usui, professor universitário japonês quem primeiro sistematizou esta forma de cura natural no final do século XIX. ^(40, 41)

Para um entendimento claro desta TC, torna-se importante referir que Reiki é uma palavra japonesa derivada de “*Rei*” que significa universal e “*Ki*” (o mesmo que *Chi*, em chinês) que significa Energia da Força Vital, que anima todo o ser vivo ^(40, 41). Ao integrar esta definição entende-se pois que este método natural de cura pressupõe a existência de uma fonte universal de energia de cura à qual cada ser vivo pode conectar-se/ligar-se e desta forma ser canal de transmissão para si mesmo ou para outrem, sendo que, de acordo com os preceitos do doutor Mikao Usui, tal só poderá ocorrer mediante uma iniciação por um mestre nesta arte de cura, grau conferido aquando da sua terceira e última iniciação, entendendo-se por iniciação, o ritual de abertura espiritual da pessoa à energia Reiki. Esta terapia foi inicialmente

passada de mestre a discípulo, passando posteriormente, já no século XX, a ser transmitido apenas a quem tinha capacidade financeira para pagar o conhecimento adquirido, no Havai, pela senhora Hawayo Takata, a fim de promover uma seleção das pessoas que desejavam ter este conhecimento.

Shiatsu

Shiatsu é uma palavra de origem japonesa em que “shi” significa dedo e “atsu” pressão, pelo que, shiatsu define pressão com o dedo ou pressão digital. De acordo com o Ministério de Saúde Japonês shiatsu consiste numa “forma de manipulação administrada pelos polegares, dedos e palmas, sem o uso de qualquer instrumento, mecânico ou de outro tipo, para aplicar pressão à pele humana, corrigir disfunções internas, promover e manter a saúde, e tratar doenças específicas.”⁽⁴²⁾.

A filosofia que se encontra por detrás desta terapia baseia-se na existência de canais de energia, designados por meridianos, ao longo dos quais existem pontos de pressão designados por *tsubos*⁽⁴³⁾.

O shiatsu é uma terapia complementar que atua em duas frentes, na cura de doenças e na sua prevenção, sendo esta última onde se encontra o seu maior potencial por aumentar ou conferir ao doente consciência do seu corpo, contudo é uma terapia descrita como benéfica no alívio de dores corporais, nomeadamente do foro músculo-esquelético, um dos sintomas paliativos mais comuns⁽⁴²⁾.

Tai-Chi

Tai-Chi, também conhecido como Tai Chi Ch'uan é um antigo método de exercícios chinês que associa movimentos fluidos e relaxados a um estado mental de alerta e calma⁽⁴⁴⁾. Etimologicamente Tai Chi é uma palavra de origem chinesa que significa “supremo ultimato” e pretende definir o centro das coisas ou a fonte comum que unifica todos os opostos aparentes. Ao adicionar ao nome Ch'uan, pretende-se recorrer ao princípio da pessoa se manter concentrada tanto mental como fisicamente, quando se encontra em situações de conflito⁽⁴⁴⁾. Esta terapia ou método terapêutico tem a sua origem na China, no século XIII, como uma síntese de exercícios de artes marciais e meditação sendo o seu fundador Chang San Feng. A partir desse momento este método de exercícios, hoje considerados terapêuticos pelas culturas ocidentais, foi passado de pais para filhos até meados do século XIX, altura em que o Mestre Yang Lu Shan, comandante de guardas imperiais iniciou o aprendizado do Tai-Chi que posteriormente ensinou aos referidos guardas que comandava. No final da década de 60 começam a espalhar-se os conhecimentos sobre esta terapia complementar nos Estados

Unidos da América e na Europa, sendo o Mestre Cheng Man Ch'ing o primeiro a ensinar Tai-Chi abertamente, a alunos não chineses, em Nova Iorque ⁽⁴⁴⁾.

Toque terapêutico

O Toque terapêutico consiste num método de cura natural que ocorre mediante a transferência de energia do terapeuta para o paciente através do toque das suas mãos sobre este.

Esta TC tem como requisito fundamental que o terapeuta permaneça centrado em si mesmo durante a sessão de cura e baseia-se no princípio de que quanto mais conhecimento o terapeuta tiver de si mesmo, melhor será enquanto agente de cura pois maior consciência emocional terá, pelo que saberá melhor avaliar, direcionar e modular a energia que “escuta” vir do paciente. Nesse estado de centramento, comparado a um estado meditativo, o terapeuta mantém-se numa postura de abertura, disponibilidade e, por este motivo, numa atitude de ouvinte.

A sua origem está associada a Dora Kunz, no século XX, cujas ideias fundamentaram a utilização do toque como instrumento terapêutico pois possuía a habilidade de perceber energias subtis em torno dos seres vivos. Ao longo dos anos, aprofundou-se no estudo científico dessas capacidades junto de médicos e cientistas e transformou-as num instrumento preciso de cura ⁽⁴⁵⁾.

Diversos estudos científicos têm sido efetuados no âmbito desta TC, nomeadamente, no que concerne às mudanças que ocorrem num EEG do agente de cura ao longo de uma sessão de toque terapêutico, descobrindo-se a existência de um ritmo beta rápido, sendo que tal não se verifica nos pacientes envolvidos ainda que tenham referido um estado de relaxamento alcançado com a sessão ⁽⁴⁶⁾.

1.4. Acupuntura

No seu sentido literal, acupuntura significa punção com uma agulha e consiste numa TC proveniente da medicina tradicional chinesa que visa a terapia e a cura de doenças mediante a aplicação de agulhas e de moxibustão ⁽⁴⁷⁾ (aquecimento da zona dolorosa), entre outras técnicas de estimulação dos, assim denominados, pontos de acupuntura presentes no corpo humano de acordo com meridianos de energia (base teórica desta TC). De acordo com a forma dessa estimulação encontram-se diversos tipos de acupuntura, nomeadamente, acupuntura auricular, acupuntura com laser, entre outros.

A sua origem remonta-se a escritos da antiga tradição chinesa, há cerca de 4500 anos e ao legendário Imperador Amarelo que terá ordenado ao seu médico-chefe a descrição dos seus conhecimentos sobre a Natureza, o Tao e as leis de Acupuntura, motivo que levou à escrita de 24 volumes sobre estas matérias constituindo-se assim o primeiro registo escrito sobre acupuntura ⁽⁴⁸⁾. Partindo daqui, os conhecimentos sobre esta TC passaram de pais para filhos,

membros de um clã, extravasando posteriormente para membros fora desse clã sendo hoje ensinada e praticada em diversas universidades da China.

No Ocidente, há registros de que a acupuntura tornou-se conhecida, no século XVII, sendo transmitida por jesuítas que haviam participado na Missão Científica Francesa de Pequim e, mais tarde, já no século XX, em 1934, o francês George Soulié Morant escreveu o primeiro Compêndio de Acupuntura ^(49, 50).

1.5. Musicoterapia

Diversas são as definições de musicoterapia que podem ser encontradas, de acordo com a área disciplinar em que se encontra envolvida, contudo, como o próprio nome indica, consiste na utilização da música com fins terapêuticos e, no seu sentido medicinal, integra-se como parte da medicina que estuda o complexo som-ser e humano-som que utiliza de forma terapêutica o movimento, o som e a música para abrir canais de comunicação no ser humano, produzindo efeitos psicoprofiláticos ^(51, 52).

Capítulo 2 – Terapias Complementares em Cuidados Paliativos

Ao longo deste capítulo serão enfatizados aspetos relativos à integração das TCs nos cuidados de saúde e nos cuidados paliativos, nomeadamente, os pacientes e suas experiências terapêuticas; os profissionais de saúde e profissionalização das TCs e no que diz respeito à relação existente entre as TCs e a medicina convencional ou alopática. De seguida, serão descritos diversos sintomas paliativos para os quais a evidência científica revela a aplicabilidade das TCs com efeitos positivos no seu controlo.

Em 1990 a OMS revelou uma definição de cuidados paliativos alterada em 2002 considerando então que, cuidados paliativos são “cuidados que melhoram a qualidade de vida dos doentes afetados por problemas de saúde que ameaçam a vida, e sua família, através da prevenção e alívio do sofrimento pela compreensão e identificação precoce, avaliação e controlo da dor e outros problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.”. Desta definição, “absorvida” pelos diversos Estados Membros da OMS, destaca-se o controlo sintomático como um dos focos nos cuidados paliativos, sendo a dor, o sintoma mais comumente investigado, nomeadamente, no ponto de vista da eficácia de determinadas TCs e utilização de intervenções não farmacológicas para o seu controlo.

Considerando diversos autores, ao longo dos tempos tem-se verificado o aumento da utilização de TCs por pessoas portadoras de doença crónica e incurável ^(3, 53).

Nos Estados Unidos da América, a maioria dos pacientes com cancro em fase terminal de vida procuram por TCs. A sua maioria com intenção de alívio sintomático e uma minoria como um complemento do plano terapêutico com intenção curativa ⁽⁵⁴⁾. Contudo, e apesar das TCs poderem ter um papel terapêutico no sentido curativo, em cuidados paliativos, o objetivo primordial para a sua utilização prende-se exatamente com o controlo sintomático pois de outro modo a sua utilização não seria adequada à pessoa em fase terminal de vida tendo em conta o princípio ético da beneficência.

No âmbito das TCs têm sido realizados estudos a nível mundial em diversas vertentes pois, diversas são as áreas ou os níveis da prestação de cuidados de saúde que, nos países desenvolvidos, cujo SNS se baseia na medicina alopática, se vêm confrontadas com, nomeadamente, no que diz respeito ao paciente, suas experiências terapêuticas e seus contextos sociais e culturais; no que concerne ao profissional, às relações profissionais e ao processo de profissionalização das TCs e, por fim, no que diz respeito à relação estabelecida entre as TCs e a biomedicina ou medicina convencional ⁽⁵⁵⁾.

Na Austrália é comum o uso de TCs por mulheres de meia-idade com dores lombares, como complemento ao tratamento convencional ⁽⁵⁶⁾ e, no que diz respeito a doentes do foro oncológico, estudos referem que as TCs os apoiam, ainda que possam ocorrer efeitos

secundários ocasionais. Contudo, há registo de que estes doentes reportaram terem tido experiências mais positivas numa abordagem integrada das duas vertentes da medicina, dada a polarização constatada entre a medicina convencional e as TCs ⁽⁵⁷⁾, uma vez que existiam abordagens terapêuticas e cuidadores diferentes. De acordo com outros autores, num estudo de revisão sistemática da literatura acerca da utilização das TCs por pacientes com cancro, verificou-se que “a utilização de medicinas alternativas e complementares é parte do escopo social desses pacientes.” constituindo-se uma ajuda na tomada de decisões relativamente ao tratamento convencional ⁽⁵⁸⁾.

Nos Estados Unidos da América, em 2008 alguns estudos reportaram que o uso de TCs por doentes do foro oncológico encontrava-se entre os 48% e os 87%, sendo que de 1,7% a 31% dos doentes utilizavam especificamente a acupuntura. Nos últimos 20 anos tem-se verificado um aumento no número de pesquisas sobre acupuntura em oncologia, especialmente após a “NIH consensus conference acupuncture” em 1997 ⁽⁵⁹⁾.

No que diz respeito aos profissionais de saúde foi desenvolvido o *Integrative Medicine Attitude Questionnaire* (IMAQ), em 2003, um modelo de questionário para medição das atitudes de profissionais de saúde e estudantes de medicina relativamente às TCs, e a sua abertura a novos paradigmas de prestação de cuidados de saúde (abordagem holística) como um instrumento de medição preliminar neste âmbito ⁽⁶⁰⁾.

De acordo com alguns autores, é imperativo que os profissionais de saúde se permitam explorar junto dos seus pacientes oncológicos sobre a utilização que estes fazem das TCs ⁽⁶¹⁾ por forma a, por um lado, tomar conhecimento deste aspeto e histórico do doente e também e fundamentalmente para poder aconselhar de modo informado sobre as TCs mais adequadas ao seu problema de saúde e que podem utilizar tendo por base uma fundamentação científica, gradativamente mais abrangente.

A atitude profissional de questionar sobre este aspeto revela cuidado e interesse do profissional de saúde pelo seu paciente; revela conhecimento e capacidade de dar resposta com confiança, ação esta que apenas fomenta a existência de uma relação terapêutica mais eficaz e dignifica os profissionais de saúde da medicina alopática ou convencional pois, a utilização de TCs por pacientes é, hoje, uma realidade presente e observável, pelo que, o seu estudo e conhecimento por parte dos profissionais de saúde de forma integra e coerente com a ciência apenas os pode tornar melhores profissionais de saúde uma vez que o seu objetivo primordial é cuidar e ser uma ajuda real à pessoa que necessita.

Neste contexto, faz sentido, uma preocupação hoje sentida por diversos autores e na qual me incluo, sobre os conhecimentos e a utilização de TCs por parte dos profissionais de saúde pois se, por um lado, revela o interesse que têm por elas, por outro lado, revela a sua abertura e aceitação de abordagens terapêuticas diferentes da abordagem da medicina convencional.

Um estudo nacional de 2009, sobre a informação que enfermeiros portugueses possuem sobre técnicas não farmacológicas e sua aplicação para controlo da dor revela que a frequência de formação sobre a “dor e técnicas não farmacológicas no seu controlo” fomentam o aumento de informação e conseqüentemente a aplicação gradativa dessas técnicas e, neste sentido, um melhor controlo da dor bem como uma melhoria da qualidade de vida dos doentes. Por fim, no que diz respeito à relação existente entre TCs e a biomedicina, como é designada por alguns autores, observa-se desde 2002 com a *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, a necessidade de reunir esforços no sentido da integração de ambas as abordagens terapêuticas de forma coerente com a evidência científica em desenvolvimento, pois a situação polarizada entre elas existente apresenta-se inútil para os pacientes, prejudicial para o estabelecimento de relações terapêuticas podendo até, ser perigosa em determinadas ocasiões e, neste sentido, as TCs, enquanto terapias de apoio, podem e devem ser integradas no modelo de cuidados oncológicos existente ⁽⁶²⁾.

De acordo com alguns autores: “...o modelo biomédico "esvazia" uma esfera fundamental do cuidado para os pacientes, que buscam, conforme seu arcabouço sociocultural, experiências em práticas não biomédicas, pois, assim, alcançam uma perspectiva ampliada do cuidado” ⁽⁵⁸⁾. Contudo, a integração de TCs em cuidados paliativos requer evidência científica para a sua prática e a existência de mais ensaios clínicos no sentido de se promoverem melhores cuidados paliativos amanhã dos que os que se promovem hoje e, este objetivo apenas pode ser conseguido levando a cabo estudos baseados numa metodologia científica ⁽⁵⁴⁾.

2.1. Sintomas paliativos e terapias complementares adjuvantes

Diversos são os sintomas desagradáveis que interferem com a qualidade de vida, limitando-a, em pessoas com doença em fase terminal, e para os quais existem evidências científicas que revelam o alívio, nomeadamente, da ansiedade, depressão, dor, fadiga e náuseas e vômitos com a utilização de TCs.

Ansiedade

Em 2002, cerca de um terço dos indivíduos com neoplasia apresentava algum grau de ansiedade ⁽⁶³⁾.

A ansiedade é uma forma comum de sofrimento psíquico ou emocional, capaz de exacerbar outras formas de sofrimento, nomeadamente, a dor, tão comum nos doentes em fase terminal de vida, contudo, também nesta fase da vida pode ser tratada ⁽⁶⁴⁾.

Muitas vezes as intervenções psicológicas para tratamento da ansiedade são impraticáveis no momento em que são necessárias e da forma como seriam de esperar ocorrerem num contexto

de cuidados paliativos. Do mesmo modo, vários são os efeitos secundários advindos da utilização de drogas sintéticas para o controlo do referido sintoma. Estes aspetos foram motivo para um estudo de revisão sistemática da literatura nesse âmbito tendo concluído que extratos de kava, uma planta com propriedades sedativas e anestésicas, é mais efetiva no tratamento da ansiedade do que a utilização de um placebo e também segura por apresentar raros e transitórios efeitos secundários ⁽⁶⁵⁾.

Devido ao aumento dos custos em medicamentos sintéticos bem como a produção de efeitos adversos indesejáveis, nos Estados Unidos da América, tem ocorrido um aumento na procura por TCs, nomeadamente para controlo e tratamento da ansiedade. Neste contexto foi conduzido um estudo de revisão sistemática da literatura evidenciando que suplementos nutricionais e fitoterápicos têm efeitos positivos e sem qualquer relação com efeito placebo, no controlo desse sintoma, nomeadamente, extratos de passiflora ou kava e combinações de L-lisina e L-arginina e suplementos contendo magnésio ⁽⁶⁶⁾.

Para além destes suplementos nutricionais existe evidência científica que revela que a massagem, a musicoterapia e a hipnose são TCs cuja utilização contribui para a diminuição dos níveis de ansiedade em pessoas com doenças oncológicas ⁽⁵⁴⁾ assim como a realização de reflexologia podal, em doentes com neoplasia da mama e do pulmão ⁽⁶⁷⁾.

Depressão

Tal como no sintoma anterior, em 2002, também um terço dos indivíduos com neoplasias apresentavam depressão ⁽⁶³⁾.

Estudos têm sido realizados no sentido de descobrir e construir fundamentação científica para a utilização, ou não, das TCs para controlo da depressão. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América revela que a meditação transcendental tem efeitos positivos na gestão de estados depressivos em pessoas com doenças do foro oncológico ⁽⁵⁴⁾.

Uma revisão sistemática da literatura abrangendo 90 estudos científicos revelou que 72% deles demonstraram que de entre as terapias mente-corpo, a autorregulação realizada pela hipnoterapia produzia efeitos mais positivos no controlo da depressão do que o yoga ou a meditação. Contudo, a utilização das técnicas mente-corpo baseada na evidência científica pode promover o alívio sintomático “*in a patient-centered manner*” ⁽²¹⁾.

Um ensaio clínico realizado no Brasil que teve por objetivo avaliar a efetividade do toque terapêutico no alívio de diversos sintomas paliativos demonstrou que a utilização desse método de cura natural contribuiu positivamente para a diminuição das atitudes depressivas ⁽⁶⁸⁾.

Dor

A dor é um sintoma frequente em pessoas com cancro, sendo que, em 2009, a sua prevalência aquando do momento de diagnóstico da doença oncológica estimou-se ser aproximadamente de 50% aumentando para 75% na fase avançada da doença ⁽⁶⁹⁾.

Em França, no Institut Gustav-Roussy, desde há 40 anos que a acupuntura auricular é utilizada como tratamento complementar para controlo da dor oncológica, quando a analgesia proveniente da medicação administrada não se verifica suficiente, pelo que, em 2001, um estudo de caso-controlo randomizado para avaliação da eficácia dessa TC em doentes com dor crónica neuropática, e na referida instituição de saúde, veio revelar que a redução da intensidade da dor nesses doentes representa um benefício claro da utilização da acupuntura auricular, para controlo deste sintoma, para além da administração de analgésicos ⁽⁷⁰⁾.

Em 2002, uma revisão sistemática da literatura envolvendo 51 estudos e 3663 sujeitos revelou que escutar música reduz a dor, aumenta o número de pacientes que reportam ter pelo menos 50% de alívio da sua dor, e reduz a necessidade de administração de analgésicos opióides fortes ⁽⁷¹⁾.

A realização de reflexologia podal em doentes com cancro da mama e dor associada revelou ser eficaz no controlo deste sintoma mediante uma redução significativa do mesmo ⁽⁶⁷⁾.

Para além das TCs aqui referidas, uma revisão sistemática da literatura acerca da utilização das TCs em CP para controlo sintomático reportou a hipnose, a acupuntura auricular e o toque terapêutico como eficazes na redução da dor oncológica ^(54, 68).

A dor miofascial fenómeno secundário comum em muitas síndromes de dor oncológica pode ser diminuída, com sucesso, mediante a realização de acupuntura ⁽⁷²⁾.

Fadiga

A fadiga é um dos sintomas mais comuns em doentes do foro paliativo, sendo muitas vezes reportada inclusive, como mais aflitiva do que a dor ou as náuseas e os vómitos ⁽⁷³⁾ e o sintoma prevalecente e o mais debilitante em doentes com cancro em estadio avançado da doença ⁽⁷⁴⁾. Alguns autores defendem que quando este sintoma permanece para além dos tratamentos convencionais devem utilizar-se outras estratégias para controlo da fadiga, entre elas, o uso de terapias complementares ⁽⁷⁴⁾. No que concerne às práticas biológicas, existe evidência científica de que a suplementação alimentar de L-carnitina é a que produz efeitos mais positivos no tratamento deste sintoma em doentes em fase terminal de vida ⁽⁷³⁾.

Diversos estudos prospetivos revelaram que a acupuntura pode beneficiar doentes com fadiga relacionada a quimioterapia ^(75,76) sendo que, em doentes com fadiga persistente, após os ciclos de quimioterapia e que não se apresentavam anémicos a acupuntura melhorou o score basal de fadiga ⁽⁷⁵⁾.

Náuseas e vômitos

As náuseas e os vômitos são sintomas presentes em doentes do foro paliativo e do foro oncológico e, muitas vezes, conseqüente à administração de farmacoterapia analgésica como os opióides ou de quimioterapia, pelo que se verifica frequente associação de medicação antiemética no seu plano terapêutico por forma a minimizar estes sintomas. Contudo, verificou-se já no ano 2000 nos Estados Unidos da América que, doentes com cancro da mama submetidos a doses elevadas de quimioterapia, beneficiavam com a realização de eletroacupuntura para controlo das náuseas e vômitos, revelando-se o adjuvar deste tipo de acupuntura ao plano terapêutico mais efetivo neste âmbito do que a utilização de acupuntura realizada com as agulhas apenas ou a utilização de medicação antiemética sem outra terapia adjuvante ⁽⁷⁷⁾.

Ainda nesse ano, uma revisão sistemática da literatura veio corroborar esta descoberta, apresentando a forte evidência científica existente e comprovativa do benefício da utilização da eletroacupuntura no controlo dos vômitos induzidos pela quimioterapia ⁽⁷⁸⁾.

Em 2006, uma revisão sistemática da literatura reportou a acupuntura como TC capaz de produzir efeitos benéficos na diminuição das náuseas e vômitos em doentes do foro paliativo ⁽⁵⁴⁾.

Posteriormente, em 2008, foi levado a cabo um estudo piloto de caráter prospetivo observacional na Suécia demonstrando que o tratamento de acupuntura em doentes com cancro pode ser associado ao plano terapêutico proporcionando a redução significativa da intensidade das náuseas e vômitos durante o período de quimioterapia, na fase terminal de suas vidas ⁽⁷⁹⁾.

PARTE II

Capítulo 1 – Metodologia do Estudo

A metodologia utilizada num estudo de investigação é, sem dúvida, o que lhe confere valor científico.

A pesquisa bibliográfica foi realizada tendo em conta os últimos 30 anos dada a crescente investigação efetuada no âmbito das TCs utilizando as palavras-chave: terapias complementares, formação, utilização, profissionais de saúde e cuidados paliativos e foi conduzida nas bases de dados eletrónicas conhecidas por COCHRANE, MEDLINE, PubMed, RCAAAP, SCIELO, SiBUL e na base de dados da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, nas quais se pôde aceder a artigos científicos e revistas indexadas. Para além destas fontes bibliográficas fizeram parte dessa busca livros sobre diversas TCs abordadas no capítulo 1 da Parte I desta dissertação. Neste sentido, foram pesquisadas fontes primárias, como dissertações, periódicos científicos e dissertações, bem como fontes secundárias, nomeadamente, dicionários.

Neste capítulo, portanto, serão abordados o tipo de estudo, a população e amostra, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico dos dados obtidos neste estudo que tem por objetivo geral: conhecer a perspetiva de profissionais de saúde em cuidados paliativos sobre a utilização de TCs no seu quotidiano profissional e, por objetivos específicos: identificar o interesse dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos por TCs; identificar as TCs mais utilizadas pelos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e identificar as formações em TCs efetuadas por profissionais de saúde em Cuidados Paliativos.

1.1. Tipo de Estudo

O estudo que aqui se apresenta é do tipo exploratório no que concerne ao nível de conhecimento, não experimental quanto ao controlo das variáveis e transversal, no que diz respeito à colheita de dados. Consiste num estudo descritivo com uma abordagem quantitativa.

1.2. População e amostra

A população do estudo pretendia-se inicialmente, com o desenho/projeto do estudo, ser uma população finita composta por profissionais de saúde que trabalham nas Unidades de CP em Portugal para, desta forma, “tirar uma fotografia” sobre o estado atual da utilização de TCs por esses profissionais de saúde. Contudo, dadas as limitações de tempo e disponibilidade

financeira para a realização do estudo optou-se por uma amostra de conveniência composta pelos alunos das áreas de Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social, que frequentaram ou que se encontram a frequentar o curso de Mestrado em CP na Universidade Católica Portuguesa e aos quais se tinha facilidade de acesso.

1.3. Instrumento de colheita de dados

O instrumento de colheita de dados elaborado para este estudo consiste num questionário com forma estruturada de obtenção de dados (Anexo 1).

Dado um questionário ser um instrumento de medida que traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis de modo a que todas as informações possam ser colhidas de forma rigorosa ⁽⁸⁰⁾, o instrumento de colheita de dados foi construído de acordo com os objetivos do estudo e, neste sentido, composto por três partes:

- Parte A: 8 questões acerca das características pessoais e profissionais dos inquiridos (características demográficas da amostra);
- Parte B: 3 questões, sendo as duas primeiras relativas ao interesse que os profissionais de saúde têm sobre TCs e avaliadas de acordo com uma escala de tipo *likert*: 1- nenhum; 2-pouco; 3-mediano; 4-muito; 5-muito elevado; e uma terceira questão fechada dicotómica, sim e não, que pretende conhecer as formações em TCs que cada profissional possui;
- Parte C: composta por 15 questões, três das quais com o fim de avaliar a utilização das TCs pelos profissionais de saúde em três contextos distintos mediante a mesma escala de *likert* definida na parte B; 8 questões sobre a disponibilidade de TCs na sua prática profissional quotidiana; 2 questões abertas com o fim de identificar quais as TCs mais utilizadas pelos inquiridos e quais os sintomas em que se verifica maior alívio sintomático com a aplicação de TCs; e duas últimas questões relativas ao conhecimento que os profissionais têm sobre o processo de inclusão das TCs no SNS, congruentes com a finalidade deste estudo.

1.4. Procedimentos formais e éticos

De modo a comprovar a viabilidade e fiabilidade do instrumento de colheita de dados, verificando o seu preenchimento e se as afirmações nele presentes eram bem compreendidas, foi realizado um pré-teste e aplicado a uma pequena amostra constituída pelos profissionais de saúde das áreas identificadas no item 1.2. deste capítulo, que se encontram a desempenhar funções na Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, na Unidade de Tondela, após despacho do Sr. Presidente do Conselho de Administração do referido Centro Hospitalar (ANEXO 2). Esta pequena amostra foi selecionada por conveniência, dada a

facilidade de acesso, as características semelhantes com as da população do estudo e as limitações de tempo existentes para a sua consecução.

A aplicação do pré-teste decorreu durante os primeiros 8 dias de novembro do corrente ano, ao qual responderam 16 enfermeiros. Após a análise das respostas procurou-se saber, junto dos respondentes, a sua compreensão das afirmações e termos utilizados no instrumento de medida avaliando assim a necessidade de proceder a alguma alteração. Uma vez não se verificando esta necessidade considerou-se o questionário definitivo.

Assumindo o referido instrumento de medida foi realizada a colheita de dados aos elementos da amostra mediante a aplicação do questionário, via *online* (envio por correio eletrónico), considerando as respostas recebidas entre os dias 9 e 30 de novembro de 2012.

De modo a manter o anonimato dos respondentes, uma vez que o envio dos questionários ocorreu via correio eletrónico, este foi efetuado pelos coordenadores dos cursos de Mestrado em Cuidados Paliativos da Universidade Católica Portuguesa do Porto e de Lisboa. Para além deste aspeto os respondentes foram informados, na introdução do instrumento de colheita de dados, sobre a garantida de confidencialidade de todas as informações obtidas nesta investigação, assegurando-se a sua utilização exclusiva para este estudo, assim como promoveu-se a existência de feedback por parte dos respondentes sobre qualquer dúvida ou dificuldade no preenchimento do questionário para o correio eletrónico da investigadora.

1.5. Tratamento estatístico dos dados

No que concerne aos dados obtidos na fase de pré-teste, foram todos introduzidos em folhas do programa informático Microsoft Office Excel 2007, para mais fácil leitura e análise.

No que diz respeito aos dados obtidos a partir da amostra, foram introduzidos e descritos no mesmo programa, Microsoft Office Excel 2007 para facilitar a sua leitura e posterior análise estatística descritiva.

PARTE III**Capítulo 1 – Apresentação e Análise dos Resultados**

Ao longo deste capítulo serão apresentados os dados estatísticos obtidos com a realização do estudo, bem como a sua análise estatística. De modo a facilitar a sua leitura e observação, este capítulo encontra-se estruturado da seguinte forma: caracterização da amostra; interesse dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos por Terapias Complementares e, finalmente, utilização das Terapias Complementares pelos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos.

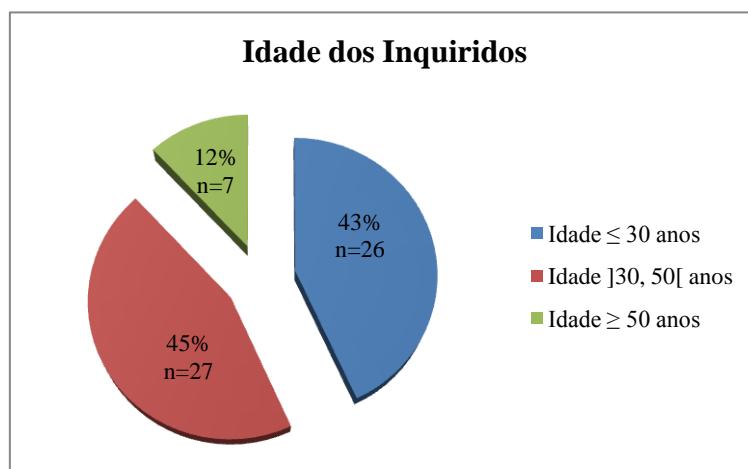
Neste momento torna-se importante referir que, dos 60 indivíduos que responderam à parte A do questionário, apenas 59 responderam à parte B e 50 à parte C.

1.1. Caracterização da Amostra

De modo a proceder a uma caracterização da amostra, adequada ao tema desta dissertação foram analisadas as seguintes variáveis atributo ⁽⁷⁹⁾: idade; sexo; escolaridade; local de trabalho; área profissional; tempo de profissão; tempo de profissão em cuidados paliativos e formação especializada.

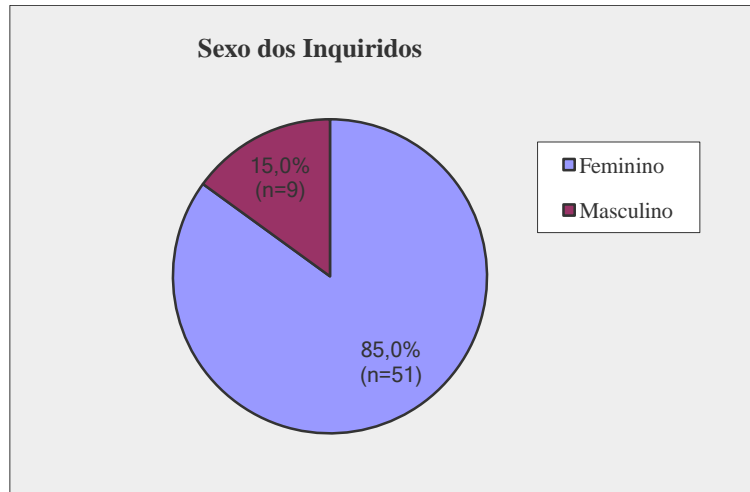
A amostra caracteriza-se por indivíduos com idades compreendidas entre os 23 e os 60 anos, sendo que 88% dos inquiridos têm menos de 50 anos. A média de idades é de 33,88 anos e o desvio padrão 9,1728.

Gráfico 1 - Distribuição dos inquiridos de acordo com a idade (frequências relativas e absolutas).



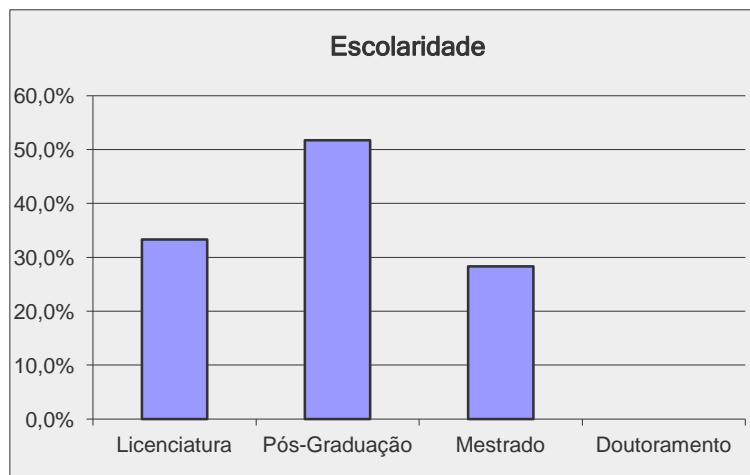
Quanto ao sexo dos inquiridos, a amostra caracteriza-se por elementos predominantemente do sexo (variável nominal) feminino, 85% da amostra.

Gráfico 2- Distribuição dos inquiridos segundo o sexo (frequências relativas e absolutas).



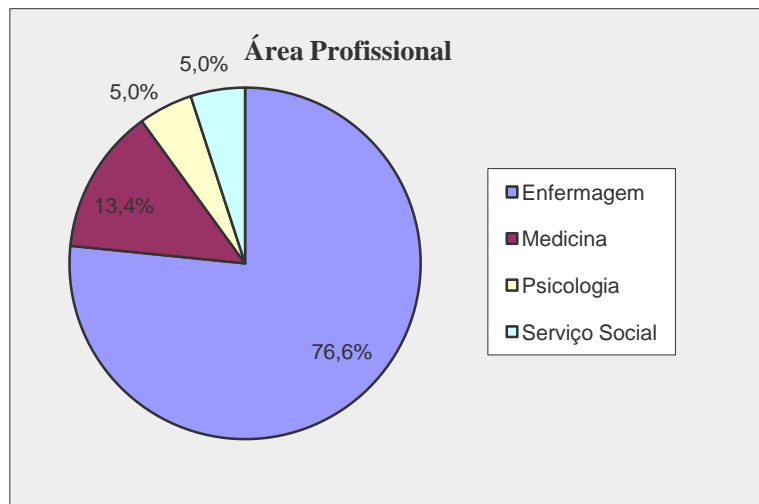
No que diz respeito à escolaridade dos elementos da amostra (variável nominal), 20 indivíduos (33,3%) reportaram ter licenciatura, 31 (51,7%) responderam ter pós-graduação e 17 (28,3%) referiram ter mestrado, sendo que 8 dos inquiridos responderam que tinham licenciatura e uma das outras opções de resposta.

Gráfico 3- Distribuição dos profissionais de saúde de acordo com a sua escolaridade.



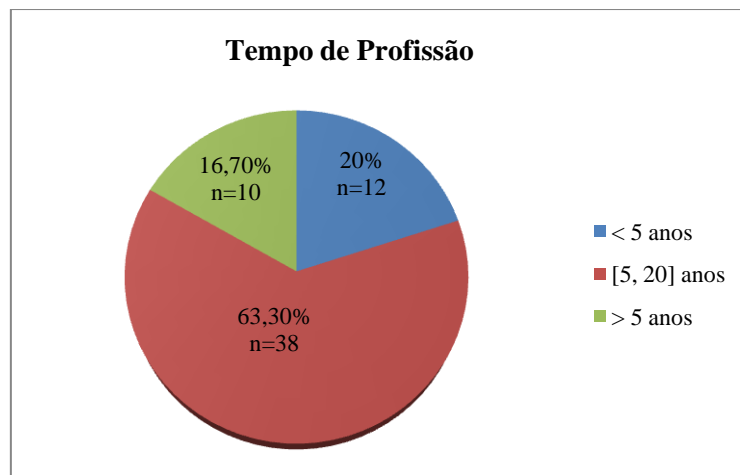
No que concerne à área profissional (variável nominal), observou-se que a amostra é constituída por 46 enfermeiros (76,6%); 8 médicos (13,4%); 3 psicólogos (5,0%) e 3 assistentes sociais (5,0%).

Gráfico 4- Distribuição dos profissionais de saúde por área profissional.



Relativamente ao tempo de profissão, operacionalizou-se a variável em três classes (variável contínua): menos de 5 anos; entre 5 e 20 anos inclusive e mais de 20 anos sendo que mais de 60% dos inquiridos reportaram ter entre 5 e 20 anos de profissão. A média do tempo de profissão é de 11,05 anos e um desvio padrão 8,46.

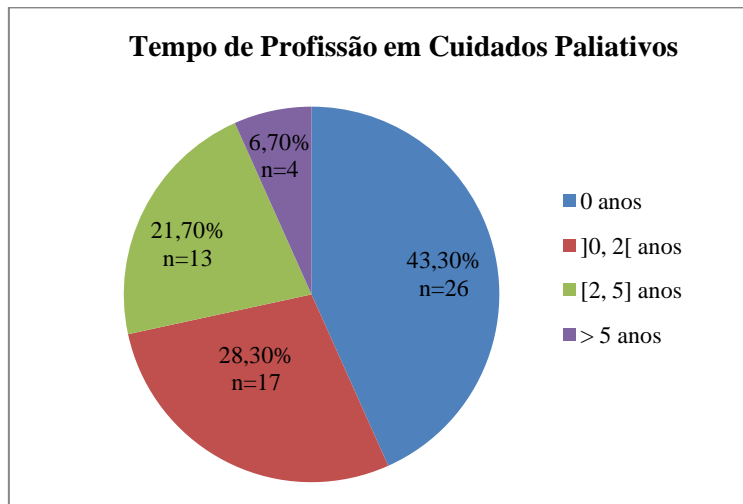
Gráfico 5- Distribuição dos profissionais de saúde segundo o tempo de profissão (frequências relativas e absolutas).



No que diz respeito ao tempo de profissão em CP, operacionalizou-se a variável em quatro classes: 0 anos; entre 0 e 2 anos exclusive; entre 2 e 5 anos inclusive e, mais de 5 anos e observou-se que 26 elementos (43,30%) não tem experiência profissional em cuidados paliativos, 17 (28,30%) tem menos de 2 anos de experiência profissional em CP, 13 (21,70%) têm entre 2 e 5 anos de experiência profissional em CP e apenas 4 (6,70%) elementos da

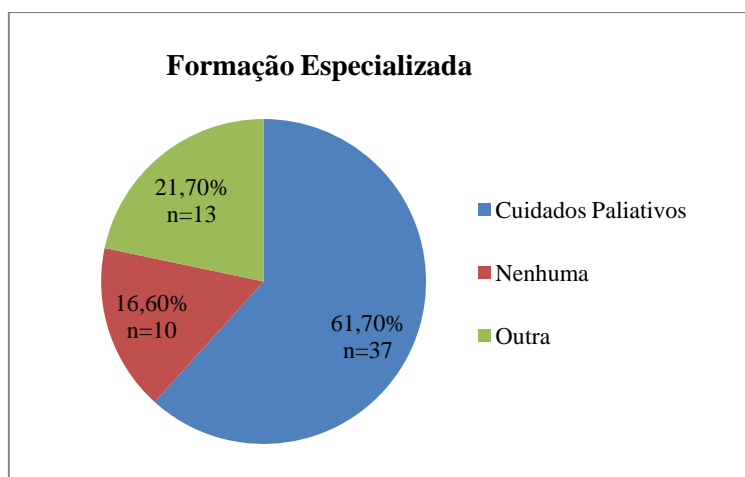
amostra global têm mais de 5 anos de experiência profissional em CP, sendo 15 anos o tempo maior referido de profissão em CP.

Gráfico 6- Distribuição dos profissionais de saúde de acordo com o tempo de profissão em Cuidados Paliativos (frequências relativas e absolutas).



Por fim, no que diz respeito, à formação especializada dos inquiridos (variável nominal), observa-se que 37 (61,70%) dos inquiridos possui formação especializada em cuidados paliativos, 10 (16,60%) não tem qualquer formação especializada e, os restantes 13 elementos possuem outras especializações, nomeadamente, nas áreas de enfermagem, medicina e psicologia.

Gráfico 7 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo a formação especializada.



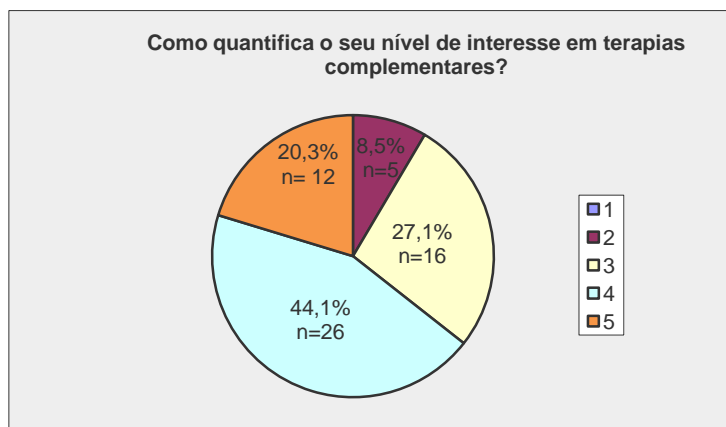
1.2. Interesse dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos por Terapias Complementares

Este aspeto foi avaliado mediante a exposição de três questões às quais 59 dos 60 inquiridos (amostra global) responderam pelo que serão os dados relativos a essas respostas que serão expostos neste subcapítulo.

No sentido de medir de uma forma rigorosa o interesse que os profissionais de saúde têm por TCs e o seu nível de informação, foram elaboradas duas questões com 5 opções de resposta (uma escala de *likert*) definida por: 1-Nenhum; 2-Pouco; 3-Mediano; 4-Muito; 5-muito Elevado.

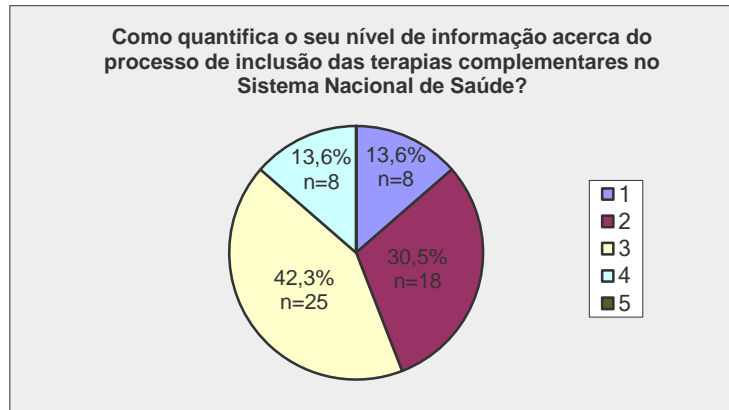
Observou-se na análise destes resultados que, nenhum profissional de saúde referiu não ter interesse em TCs e que a sua maioria referiu ter interesse moderado, como se mostra na figura 4 e no gráfico 8 seguintes.

Gráfico 8 – Distribuição dos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos quanto ao seu interesse por Terapias Complementares.



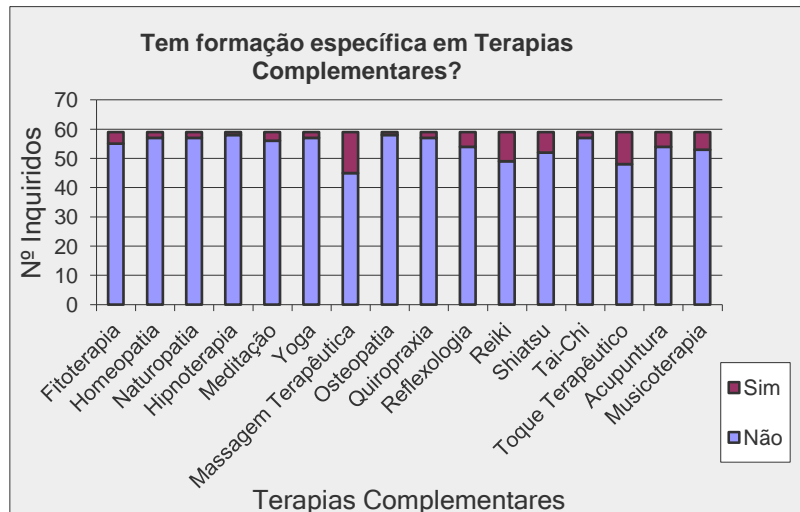
Por outro lado e, contrariamente aos resultados anteriores, observou-se que nenhum profissional de saúde inquirido tem um nível de informação muito elevado sobre o processo de inclusão das TCs no SNS Português, sendo que, a sua maioria reportou ter um nível de informação moderado neste âmbito como se apresenta no gráfico 9 seguinte.

Gráfico 9 – Distribuição dos profissionais de acordo com o seu nível de informação sobre o processo de inclusão das Terapias Complementares no Sistema Nacional de Saúde Português.



Para além dos resultados obtidos, entendeu-se nesta Parte do instrumento de colheita de dados conhecer as formações em TCs que os inquiridos possuem, pois eventualmente apenas quem se interessa por um assunto decide estudá-lo em profundidade. Observou-se então que todas as TCs abordadas neste estudo são conhecidas em profundidade por alguns profissionais de saúde, sendo a massagem terapêutica, o toque terapêutico e o reiki as mais frequentes enquanto objeto de estudo e formação como se apresenta no gráfico 10 seguinte.

Gráfico 10 – Distribuição dos profissionais de saúde de acordo com a formação específica em Terapias Complementares.



1.3. Utilização de Terapias Complementares por profissionais de saúde em Cuidados Paliativos

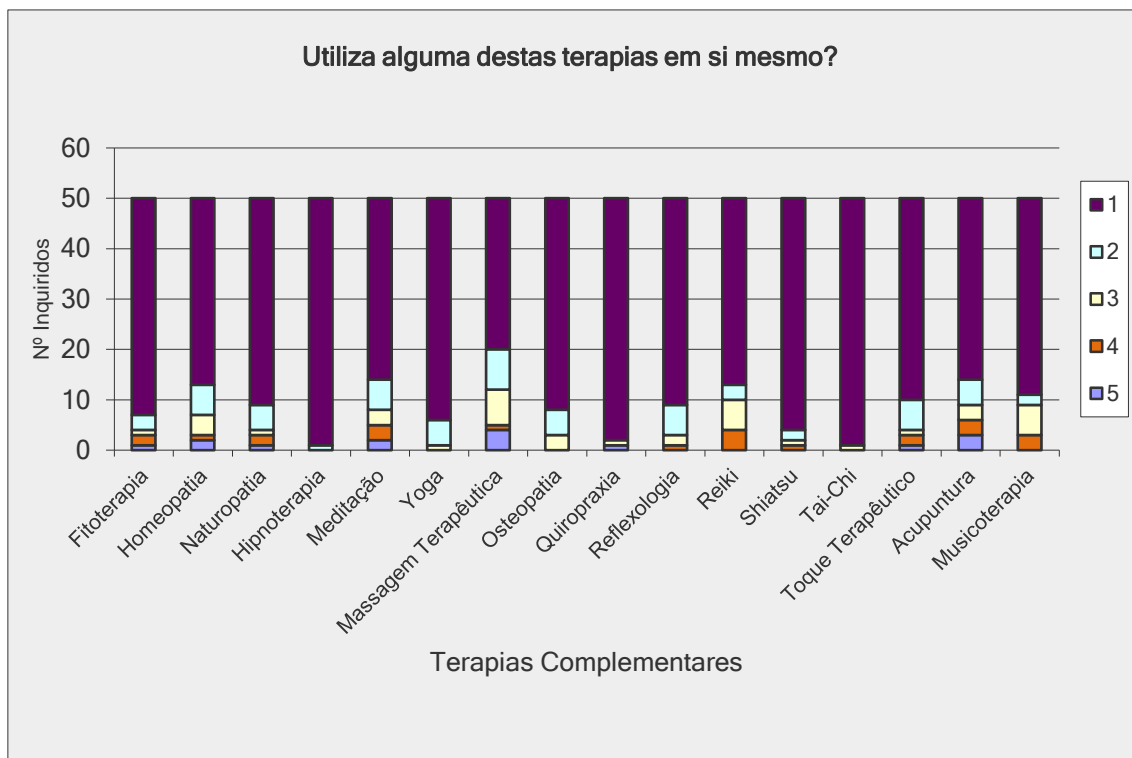
Nesta parte do instrumento de colheita de dados pretendeu-se alcançar o terceiro objetivo específico deste estudo, identificado na introdução e no início do capítulo 1 da parte II deste

trabalho tendo presente a sua finalidade. Contudo é de referir que dos 60 elementos constituintes da amostra global e que responderam à primeira parte do questionário relativa às suas características pessoais e profissionais, apenas 50 concluíram o preenchimento dos questionários e, dado a terceira e última parte do questionário corresponder à utilização das TCs, torna-se passível de pensar que os referidos inquiridos não utilizam TCs no seu quotidiano profissional.

Neste sentido foi alvo desta pesquisa o contexto em que as diversas TCs eram utilizadas, nomeadamente, se os respondentes as utilizavam em si mesmos; se as utilizavam em contexto de trabalho e se já haviam observado a sua utilização no serviço onde desempenham funções, mediante a aplicação de uma escala de *likert* semelhante à definida anteriormente: 1- Nenhuma; 2-Pouca; 3-Mediana; 4-Elevada; 5-Muito Elevada.

Pôde-se observar então que todas as TCs são utilizadas por profissionais de saúde em si mesmos em maior ou menor grau de utilização como mostra o gráfico 11 abaixo.

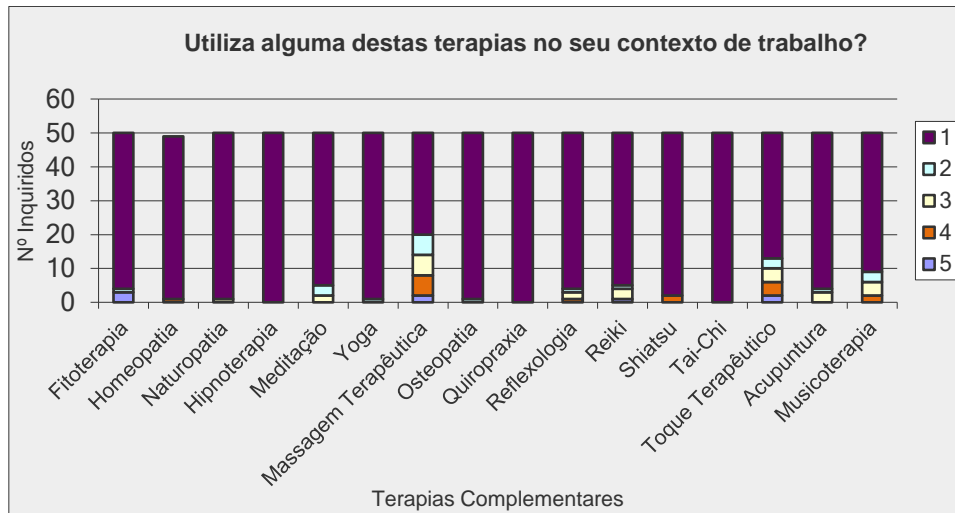
Gráfico 11 – Distribuição das Terapias Complementares utilizadas pelos profissionais de saúde em si mesmos.



Contudo, apesar da sua utilização pessoal, nem todas as TCs são utilizadas em contexto de trabalho pelos profissionais de saúde inquiridos, nomeadamente a hipnoterapia, a quiropraxia e o Tai Chi, facto que pode dever-se a falta de formação na área das TCs pois a utilização pessoal não significa formação na área nem autoaplicação. Em contexto de trabalho, observa-

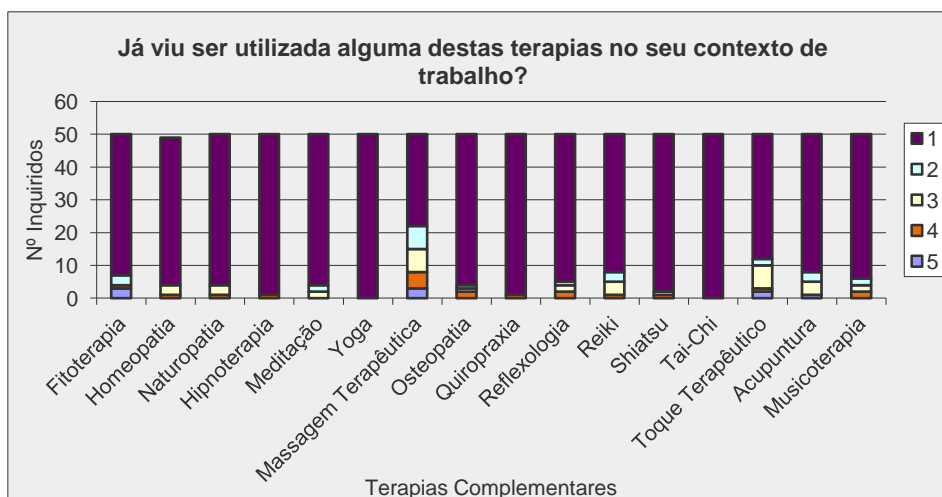
se portanto a inexistência das referidas três TCs. Por outro lado, a massagem terapêutica e o toque terapêutico são as TCs utilizadas por um maior número de profissionais e num grau muito elevado como se mostra no gráfico 12 abaixo.

Gráfico 12 – Distribuição das Terapias Complementares utilizadas pelos profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, nos seus locais de trabalho.



Independentemente da utilização das TCs por parte dos profissionais de saúde questionados importa saber se essa utilização ocorre no quotidiano profissional independente do utilizador ou praticante, sendo contudo profissional de saúde. E, neste contexto, observou-se que apenas duas TCs nunca foram observadas serem utilizadas pelos inquiridos nos seus locais de trabalho: Yoga e Tai-Chi e, uma vez mais, a massagem terapêutica e o toque terapêutico foram as mais frequentemente observadas, assim como, a fitoterapia e a acupuntura, as TCs descritas por um menor número de profissionais contudo num grau muito elevado.

Gráfico 13 – Distribuição das Terapias Complementares observadas serem utilizadas nos locais de trabalho dos inquiridos.



No que concerne ainda à utilização de TCs, 15 inquiridos referiram que a massagem terapêutica, a acupuntura, o reiki, a reflexologia, a musicoterapia, o toque terapêutico e o shiatsu são as TCs cuja utilização promove efeitos mais positivos no controlo sintomático da dor, da tensão muscular, da ansiedade, do desconforto, em casos perturbações de sono e na recuperação motora e da fala.

Gráfico 14 – Distribuição das Terapias Complementares com resultados mais positivos.

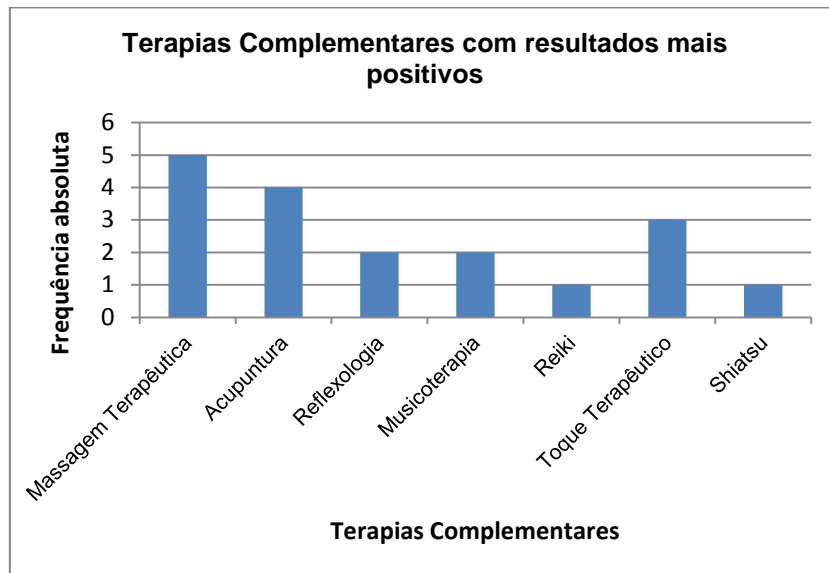
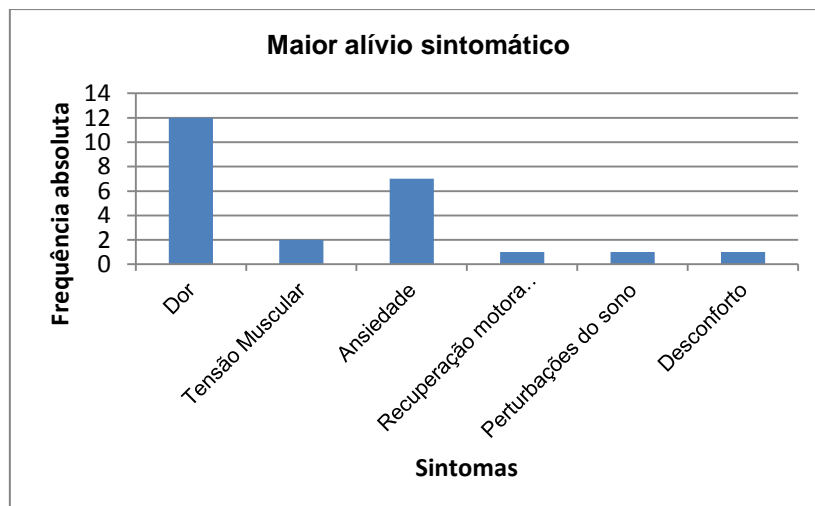


Gráfico 15 – Distribuição dos sintomas em que ocorre maior alívio sintomático com a utilização de Terapias Complementares.



Para além destes resultados avaliados rigorosamente, foram abrangidos nesta parte do questionário aspetos de disponibilidade de TCs nos locais de trabalho dos inquiridos, bem como formações em serviço e encaminhamento de doentes.

Quinze (30%) dos 50 profissionais de saúde referiram existir preocupação sobre TCs nos seus locais de trabalho, sendo que sete (14%) desses 50 referiram existirem TCs disponíveis nos seus locais de trabalho, dados estes semelhantes aos obtidos quando questionados se os doentes solicitavam ao serviço a disponibilidade de TCs, o que pode ser indicativo de que os serviços se preocupam em atender às necessidades de TCs referidas pelos doentes.

No que concerne à formação em serviço, observou-se que 4 (8%) dos inquiridos já deu formação sobre TCs; 7 (14%) referiram já terem sido realizadas formações em serviço sobre esta temática e 28 (56%) reportaram já terem assistido a formações sobre TCs, pelo que se conclui que os profissionais de saúde necessitaram ou sentiram mais interesse nesta temática tendo realizado formações fora do serviço, ou seja, em contexto distinto do seu local de trabalho.

Onze profissionais de saúde (22%) referiram ter sido já alvo de solicitação por parte dos doentes para realização de TCs e 24 (49%) optam por encaminhar os doentes para profissionais em TCs, o que denota por um lado o seu discernimento e ajuda ao outro que necessita e por outro lado, a incapacidade do serviço ou do próprio profissional, para dar resposta às necessidades do doente.

Por fim, apenas 7 dos 50 inquiridos que responderam à parte C deste estudo referiram conhecer a Lei nº 45/2003 de 22 de Agosto – Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais e apenas 3 dos referidos 50 elementos referiram conhecer a proposta de lei elaborada pelo Gabinete do Secretário de Estado do Adjunto do Ministério da Saúde em Fevereiro de 2002 o que denota muito pouco conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre o processo de integração das TCs no SNS Português que tem sido levado a cabo pelo Governo Português. Contudo, dado o tamanho da amostra ter-se alterado ou seja, cada parte do questionário ter sido preenchida por um diferente número de elementos e cada vez menor, não podemos realizar uma correlação rigorosa entre a questão da parte B sobre a quantificação do nível de conhecimento sobre o processo de inclusão das TCs no SNS português e estes dois últimos resultados aqui apresentados pois os 9 elementos que ficaram por responder da parte B para a parte C fazem toda a diferença, são significativos para o resultado final alterando-o.

Capítulo 2 – Discussão dos Resultados

Ao longo deste capítulo para além da discussão dos resultados apresentar-se-ão também as limitações do presente estudo.

Nesta fase do estudo é chegado o momento de discutir e dar sentido aos resultados obtidos com a pesquisa efetuada numa amostra de profissionais de saúde que realizaram ou se encontram a realizar o Mestrado em Cuidados Paliativos na Universidade Católica Portuguesa, constituída por 60 indivíduos, com idades compreendidas entre os 23 e os 60 anos e que corresponde a uma média de 33,88 anos e um desvio padrão de 9,1728.

Relativamente ao tempo de profissão, mais de 60% dos profissionais de saúde inquiridos têm entre 5 e 20 anos de profissão, sendo que nenhum profissional não tem experiência profissional e 30 anos foi o tempo máximo de profissão referido o que corresponde a uma média de 11,05 anos e um desvio padrão 8,46.

Por outro lado, os resultados foram diferentes quando os profissionais foram questionados acerca do tempo de profissão em CP, pois a sua maioria 26 elementos (43,30%) não tem experiência profissional em cuidados paliativos, pelo que encontram-se a realizar ou já realizaram formação específica nesta área sem na verdade poder aplicar na prática do seu quotidiano, exceto nos casos em que cuidam de doentes com necessidades de ações paliativas, ou de doentes em fase terminal de vida presentes noutra tipologia de serviços de saúde. Por outro lado, com mais de 5 anos de profissão em CP encontraram-se 4 elementos, sendo que 15 anos foi o tempo máximo referido pelos indivíduos. Apesar da discrepância dos valores encontrados, tal não surpreende uma vez que o primeiro serviço de Cuidados Paliativos prestou-se em 1992, há 20 anos, na Unidade de Tratamento da Dor Crónica do Hospital do Fundão (Centro Hospitalar Cova da Beira), pelo que podemos considerar que não há enviesamento de dados.

De seguida, vamos apresentar os dados mais relevantes e obtidos a partir das questões formuladas procurando relacioná-los com os resultados encontrados e referidos na bibliografia pesquisada e presente também na parte I desta dissertação.

Num estudo levado a acabo no Brasil em 2009, verificou-se que dos 177 médicos e enfermeiros questionados, 59,9% referiram ter interesse em capacitarem-se na área das TCs ainda que 88,7% desconheçam as diretrizes nacionais para essa área ⁽⁸¹⁾.

Na Suécia, em 2011, um estudo realizado com uma amostra de 737 médicos, enfermeiros e fisioterapeutas no sentido de revelar o conhecimento que os profissionais de saúde possuíam no âmbito das TCs, veio mostrar que 80,9% dos profissionais de saúde entendem ser importante terem conhecimentos na área das TCs e 68,7% manifestaram interesse em obter mais conhecimentos em TCs ⁽⁸²⁾.

As TCs têm sido descritas por diversos autores como uma área de interesse e que tem vindo a ser alvo de cada vez mais estudos sobre a sua utilização. Nesta pesquisa verificou-se que 64,4% dos profissionais inquiridos referiram ter um interesse elevado e muito elevado em TCs, facto corroborado pelos estudos referidos.

Apesar do interesse referido pelos profissionais questionados neste estudo o seu nível de conhecimento da Lei que regulamenta as terapêuticas não convencionais 86% refere desconhecer assim como é elevado (94% dos indivíduos) o desconhecimento da proposta de regulamentação da referida Lei efetuada em Fevereiro do corrente ano, resultados que veem ao encontro dos referidos estudo brasileiro acima referido.

No que concerne à formação específica em TCs reportadas pelos profissionais de saúde, 14 deles referem ter formação em massagem terapêutica; 11 em reiki e 10 em toque terapêutico.

Relativamente à utilização das TCs, todas elas são utilizadas por profissionais de saúde em si mesmos em maior ou menor grau de utilização sendo que, de acordo com alguns autores, este é o primeiro passo para a integração das TCs nos cuidados de saúde da medicina convencional, uma vez que os profissionais de saúde que referem ter formação e praticarem TCs começam por experienciá-las em si mesmos, contudo, num estudo exploratório prospetivo realizado no Brasil a 18 enfermeiras sobre os conhecimentos e prática de TCs apenas 44,4% das inquiridas responderam identificando utilizar a meditação, a fitoterapia, a acupuntura e a homeopatia entre outras não abordadas nesta pesquisa ⁽⁸³⁾.

Em 2010, foi realizado um estudo com o objetivo de descobrir a utilização de TCs em hospitais da Noruega e da Dinamarca, bem como mudanças ocorridas desde 2001 até então, na Noruega neste âmbito, tendo revelado que, naquele ano, já 50% dos hospitais noruegueses ofereciam TCs bem como 1/3 dos hospitais dinamarqueses. Dos 50 hospitais noruegueses, 40 disponibilizavam acupuntura e 19 disponibilizavam outras TCs como hipnose, fitoterapia, acupuntura auricular, reflexologia, homeopatia e yoga, entre outras e 9 hospitais disponibilizavam mais do que uma TC ⁽⁸⁴⁾. Este estudo não corrobora os resultados obtidos nas questões relativas à utilização das TCs em contexto de trabalho nem no que concerne à observação da sua utilização nos serviços de saúde no que concerne à hipnoterapia e ao yoga.

Para além deste aspeto, 70,0% dos profissionais de saúde referiram não existir preocupação sobre TCs nos seus serviços, resultado este não corroborado pelos dados observados na bibliografia referida, contudo, tal pode dever-se também à problemática da integração das TCs no SNS Português relativamente ao seu carácter legislativo.

No que concerne às TCs mais utilizadas referidas pelos inquiridos deste estudo bem como o alívio sintomático consequente, todas as TCs referidas, à exceção do reiki se encontram estudadas como eficazes para o tratamento ou controlo de sintomas paliativos e referidas em bibliografia já mencionada na parte I e parte II – capítulo 1 deste estudo, sendo que, contudo, em diversos estudos se encontra referida a necessidade de mais estudos experimentais para

confirmação das suas efetividades. No que concerne à massagem terapêutica (contando já com estudo nacional confirmando o alívio da dor com a utilização desta TC) ⁽³²⁾, o toque terapêutico para alívio da dor, depressão e perturbações do sono em doentes com dor crónica ⁽⁶⁸⁾, a acupuntura para alívio da dor, nomeadamente da cefaleia crónica provocada por tensão muscular ⁽⁸⁵⁾ e das náuseas e vómitos ^(54, 77, 78, 79), a reflexologia para alívio da dor e ansiedade em doentes com cancro da mama e do pulmão ^(67, 86), da musicoterapia para alívio da ansiedade em doentes do foro oncológico e da dor ^(54, 71) e do shiatsu, um estudo experimental evidenciou o alívio sintomático, bem como o aumento dos níveis de energia, relaxamento e confiança em doentes em fase avançada de doença progressiva ⁽⁸⁷⁾. Quanto ao reiki não existe evidência científica encontrada que seja comprovativa de produzir benefícios no alívio sintomático em doentes do foro paliativo, ainda que alguns experimentos estejam a ser realizados em Portugal neste sentido.

2.1. Limitações do estudo

O presente estudo possui três limitações fundamentais.

Duas dessas limitações consistem no facto da amostra do estudo ser reduzida e o facto dos profissionais de saúde (assistentes sociais, enfermeiros, médicos e psicólogos) terem ou encontrarem-se a frequentar o Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, o que por si só não implica que desempenhem funções nesta área de cuidados. Estes dois aspetos constituem limitações do estudo pois tal implica que os dados obtidos não possam revelar de forma total e mais real o panorama existente na atualidade sobre a utilização de terapias complementares em Cuidados Paliativos, em Portugal.

Uma última limitação consiste no facto de ter sido elaborado para o estudo um instrumento de colheita de dados exclusivo e original e, portanto, sem qualquer aplicação anterior exceto a aplicação de pré-teste verificando-se a sua viabilidade e fiabilidade. Contudo tal facto constitui uma limitação na medida em que foi originado apenas pela investigadora e sua orientadora e coorientador não tendo sido realizado por exemplo, uma validação junto de peritos na área por forma a produzir um questionário mais corroborado e legitimado.

CONCLUSÃO

A presente conclusão vem revelar o alcance dos objetivos definidos inicialmente para este estudo e as conclusões pertinentes obtidas com os dados recolhidos.

Todos os objetivos específicos delineados inicialmente para este estudo foram alcançados: todos os profissionais de saúde inquiridos tem interesse por TCs, sendo que nenhum deles referiu não ter interesse nesta temática e a sua maioria possui um interesse elevado e muito elevado; todas as TCs são utilizadas por profissionais de saúde inquiridos em si mesmos e, em contexto de trabalho as mais utilizadas são a massagem terapêutica e o toque terapêutico, contudo, as utilizadas pelos profissionais de saúde com alívio sintomático da dor, da tensão muscular, da ansiedade, do desconforto, das perturbações do sono e auxiliares na recuperação motora e da fala foram a massagem terapêutica, a acupuntura, a musicoterapia, a reflexologia, o reiki, o toque terapêutico e o shiatsu; e, todas as TCs foram alvo de estudo aprofundado/formação por parte dos profissionais de saúde inquiridos sendo que 56% referiram já ter assistido a formações profissionais sobre TCs ainda que apenas 14% confirmem a existência de formações em serviço nesse âmbito.

Para além disto 22% dos profissionais de saúde referem já lhes ter sido solicitada alguma TC por parte de doentes para alívio sintomático.

Dados os resultados que esta pesquisa revelou bem como a fundamentação científica existente sobre a eficácia de determinadas TCs na atualidade conclui-se que dado o interesse manifestado pelos profissionais de saúde devem ser fomentadas as formações em serviço neste âmbito e, deste modo, contribuir para, de forma coerente com a ciência se promoverem cuidados paliativos melhores amanhã do que os que se realizam hoje. Para além disto, dadas as limitações do estudo, sugere-se a realização de um estudo semelhante com uma amostra de maior dimensão e apenas com profissionais de saúde a desempenhar funções nas Unidades de Cuidados Paliativos por forma a poder obter-se resultados mais condicentes com a realidade da prática profissional. Para além disto, independentemente do processo legislativo de regulamentação das TCs em desenvolvimento, observa-se que diversos profissionais de saúde já têm hoje formação profissional em TCs utilizando-as para seu benefício e para outros pelo que tal vem dar consistência à necessidade de se proceder a uma regulamentação fundamentada na ciência e baseada na complementaridade das TCs com a medicina convencional sempre que tal produza melhoria nos cuidados de saúde prestados bem como na qualidade de vida dos doentes em fase terminal de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado, J.P. 2003. Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa, 8ª edição. Livros Horizonte, Lda, Lisboa. 439 pps.
2. Marckwardt, A.H., F.G. Cassidy and J.G. McMillan. 1999. Webster Comprehensive Dictionary – International edition, Ferguson Publishing Company, Chicago. 1514 pps.
3. Deng, G. and B. Cassileth. 2010. Complementary therapies in palliative medicine. Pp. 1519-1526. Em: Oxford Textbook of Palliative Medicine (G. Hanks, N.I. Cherny, N.A. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa, R.K. Portenoy, editors). Oxford University Press Inc., New York.
4. Zhang, Dr. X. 2012. “Traditional Medicine: Definitions.” Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/index.html> [data da visita: 10/17/2012].
5. Organização Mundial da Saúde. 1978. “Declaração de Alma-Ata.” Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf [data da visita: 01/03/2012].
6. Organização Mundial de Saúde. 1986. “The Ottawa Charter for Health Promotion.” Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [data da visita: 30/09/2012].
7. Organização Mundial de Saúde. 2002. “WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005.” Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/traditionalpolicy/en/> [data da visita: 01/03/2012].
8. Organização Mundial de Saúde. 2008. “WHO Medicines Strategy 2008-2013.” Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/WHOMedicinesStrategydraft.pdf>. [data da visita: 11/30/2012].
9. Organização Mundial de Saúde. 2005. “National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines – Report of a WHO global survey.” Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s7916e/s7916e.pdf>. [data da visita: 11/30/2012].
10. Almeida, J. 2008. “O debate político e o conflito interprofissional em redor da regulamentação das medicinas alternativas e complementares em Portugal.” Disponível em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/336.pdf>. [data da visita: 02/20/2012].
11. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem. 2008. DOR – Guia Orientador de Boa Prática, Ordem dos Enfermeiros. 57 pps.
12. Ritenbough, C., L. Penney, D. Welch et al. 2012. “Patients, physicians, and CAM providers regard communication as central for integrating conventional and CAM therapies for chronic pain.” Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/12/S1/062> [data da visita: 11/20/2012].

13. Cunha, A.P. da, e A.P. da Silva. 2003. A fitoterapia na actualidade. Pp. 21-25. Em: Plantas e Produtos Vegetais em Fitoterapia. (A.P. da Cunha e A.P. da Silva, Autores). Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
14. European Scientific Cooperative On Phytotherapy (ESCOP). 2012. "About ESCOP." Disponível em: <http://escop.com/about> [data da visita: 10/24/2012].
15. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). 2012. "Homeopathy: An Introduction." Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/homeopathy> [data da visita: 11/11/2012].
16. Ferro, A.; C. Abreu. 2012. A Saúde e a Homeopatia. 1ª edição, edições MAHATMA. Porto. 98 pps.
17. Organização Mundial de Saúde. "Safety issues in the preparation of homeopathic medicines." Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/Homeopathy.pdf> [data da visita: 11/11/2012].
18. National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). 2007. "Naturopathy: An Introduction." Disponível em: <http://nccam.nih.gov/health/naturopathy/naturopathyintro.htm> [data da visita: 11/11/2012].
19. Organização Mundial de Saúde. 2010. "Benchmarks Training in traditional/complementary medicine: benchmarks for training in naturopathy." Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginNaturopathy.pdf> [data da visita: 11/11/2012].
20. Castro, J.L. de. 1986. Naturologia: A Saúde Integral do Indivíduo e da Sociedade. Publicações Europa-América, Mem Martins, 166 pps.
21. Silva, S.D.; C. Poscablo; R. Haboresha; B. Kügler. 2012. Mind-Body medicine therapies for the depression spectrum: a systematic review. BMC Complementary and Alternative Medicine [Online], 12(1): P168. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/12/S1/P168> [Outubro 25, 2012].
22. Carvalho, M.M.M.J. de. 1999. Dor: Um estudo multidisciplinar, 2ª edição. Summus Editorial, São Paulo, 346 pps.
23. Gonzalez, P. 2011. Hipno-Glez: Hipnoterapia, 1ª edição. Autorhouse, Estados Unidos, 570 pps.
24. Shapiro, D. 1981. Psychiatry – Epitomes of Progress: Meditation: Clinical and health-related applications. The Western Journal of Medicine [Online], 134(2): 141-142. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1272535/?page=1> [Novembro 15, 2012].
25. Menezes, C.B. & D.D. Dell'Aglio. 2009. Os Efeitos da Meditação à Luz da Investigação Científica em Psicologia: Revisão de Literatura. Psicologia Ciência e Profissão [Online],

- 29(2): 276-289. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v29n2.v29n2a06.pdf> [Novembro 15, 2012].
26. Cardoso, R.; E. de Souza; L. Camano; J.R. Leite. 2004. Meditation in health: an operational definition. *Brain Research Protocolo* [Online], 14(1): 58-60. Disponível em: <http://sciencedirect.com/science/article/pii/S1385299X04000728> [Novembro 15, 2012].
27. Wachholtz, A. & K.I. Pargament. 2005. Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac and pain outcomes. *Journal of Behavioral Medicine* [Online], 28(4): 369-384. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10865-005-9008-5?LI=true#> [Novembro 15, 2012].
28. Castro, J.C.; F.A.C. Bastos; T.H.P. Cruz; E.H.M. Dantas; T.S. Giani e M.A. Ferreira. 2009. Níveis de qualidade de vida em idosas ativas praticantes de dança, musculação e meditação. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Online], 12(2): 255-265. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_8.pdf [Novembro 15, 2012].
29. Iyengar, B.K. 2009. *Yoga sabedoria e Prática*. Dorling Kindersley-Civilização Editores, Ltda., Porto, 256 pps.
30. Williams, K.; C. Abildso; L. Steinberg, et al. 2009. Evaluation of the effectiveness and efficacy of Iyengar yoga therapy on chronic low back pain. *Spine.* [Online], 34(19):2066-2076. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19701112> [Novembro 15, 2012].
31. Kiecolt-Glaser, J.K.; L. Christian; H. Preston, et al. 2010. Stress, Inflammation and yoga practice. *Psychosomatic Medicine* [Online], 72(2): 113-121. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20064902> [Novembro 15, 2012].
32. Marques, C.N.C. 2010. *A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal. [dissertação]*. Repositório da Universidade de Lisboa, 127 pps. Disponível em: Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa: 609234.
33. Cassar, M-P. 2001. *Manual de Massagem Terapêutica – Um guia completo de massoterapia para o estudante e para o terapeuta, 1ª edição*. Editora Manole Ltda., São Paulo, 668 pps.
34. Jolandos. 2005. “History of Osteopathy.” Disponível em: http://www.efo.eu/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=68&Itemid=74 [data da visita: 20/11/2012].
35. Organização Mundial de Saúde. 2010. “Benchmarks for training in traditional/complementary and alternative medicine: Benchmarks for Training in Osteopathy.” Disponível em: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf> [data da visita: 20/11/2012].

36. Palmeira, M.O. 2005. Quiropraxia. pp. 183-186. Em: Catálogo de Abordagens Terapêuticas. (I.B. Güntert e M. Chinalli, editores). Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda., São Paulo.
37. Filho, H.V. 2004. O que é Quiropraxia. Pp.40-41. Em: Tutorial: Terapia Holística. 2ª edição. CONAN – Conselho Nacional de Auto-Regulamentação e Normalização Voluntária. São Paulo.
38. Vennels, D.F. 2003. O que é Reflexologia, 1ª edição. Nova Era, Rio de Janeiro, 156 pps.
39. Huber, L. 2005. Reflexoterapia Podal. Pp.191-194. Em: Catálogo da Abordagens Terapêuticas. (I.B. Güntert e M. Chinalli, editores). Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda., São Paulo.
40. Vennels, D.F. 2009. Reiki para Iniciantes. Universo dos Livros, São Paulo, 176 pps.
41. Stein, D. 2006. Reiki Essencial: Manual Completo sobre uma Antiga Arte de Cura, 13ª edição. Editora Pensamento Ltda., São Paulo, 262 pps.
42. Jahara-Pradipito, M. 1986. Zen Shiatsu: equilíbrio energético e consciência do corpo. Summus Editorial Ltda., São Paulo, 183 pps.
43. Franzen, S. 1998. Shiatsu. Editorial Estampa, Ltda., Lisboa, 64 pps.
44. Yu, T. 2003. Tai Chi mente e corpo. Dirlina Kindersley – Civilização Editores, Ltda., Porto, 160 pps.
45. Krieger, D. 2000. As Mãos: Como usá-las para ajudar ou curar, 9ª edição. Cultrix Ltda., São Paulo, 259 pps.
46. Montagu, A. 1988. Tocar: O Significado Humano da Pele, 9ª edição. Summus Editorial, São Paulo, 433 pps.
47. Wen, T.S. 2006. Acupuntura Clássica Chinesa, 12ª edição. Pensamento – Cultrix Ltda., São Paulo, 231 pps.
48. Mann, F. 1994. Acupuntura – A arte chinesa de curar. Hemus Editora Ltda., São Paulo, 211 pps.
49. Ferreira, H.P. 2010. Resenha Histórica. pp. 3-7. Em: A Acupuntura na Medicina. (A.A. Ferreira coordenador/autor). LIDEL, Edições técnicas Ltda., Lisboa.
50. Francisco, M.P. 2010. Acupuntura na Europa. pp. 9-13. Em: A Acupuntura na Medicina. (A.A. Ferreira coordenador/autor). LIDEL, Edições técnicas Ltda., Lisboa.
51. Benenzon, R. 1988. Teoria da musicoterapia: contribuição ao conhecimento do contexto não-verbal, 3ª edição. Summus editorial, São Paulo, pps. 185.
52. Ruud, E. 1990. Caminhos da musicoterapia. Summus editorial, São Paulo, pps.113.
53. Spadacio, C. e N.F. de Barros. 2008. “Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática.” Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100023 [data da visita: 12/28/2011].
54. Mansky, P.J. e D.B. Wallerstedt. 2006. “Complementary Medicine in Palliative Care and Cancer Symptom Management.” Disponível em:

- <http://journals.lww.com/journalppo/Abstract/2006/09000/ComplementaryMedicineinPalliativeCareand.11.aspx> [data da visita: 12/28/2011].
55. Spadacio, C.; M.E.P. Castellanos et al. 2010. "Medicinas Alternativas e Complementares: uma metassíntese." Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000100002 [data da visita: 12/28/2011].
56. Broom, A.F.; E.R. Kirby et al. 2012."Use of complementary and alternative medicine by mid-age women with back pain: a national cross-sectional survey." Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/12/98/abstract> [data da visita: 11/01/2012].
57. Smithson, J.; N. Britten e C. Patterson. 2010. The experience of using complementary therapies after a diagnosis of cancer: A qualitative synthesis. *Health* 16(1): 19-39. Disponível em: <http://hea.sagepub.com/content/16/1/19.abstract> [Novembro 1, 2012].
58. Spadacio, C.; N.F. de Barros. 2009. "Terapêuticas convencionais e não convencionais no tratamento do câncer: os sentidos das práticas religiosas." Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300005 [data da visita: 12/28/2011].
59. Lu, W.; E. Dean-Clower; A. Doherty-Gilman e D.S. Rosenthal.2008. The Value of Acupuncture in Cancer Care. *Hematology/Oncology Clinics of North America* [Online], 22(4): 631-638. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2642987/> [Outubro 6, 2012].
60. Schneider, C.D.; P.M. Meek e I.R.Bell.2003. "Development and validation of IMAQ: Integrative Medicine Attitude Questionnaire." Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/3/5/abstract> [data da visita: 01/03/2012].
61. Molassiotis, A. et al. 2004. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey." Disponível em: <http://annonc.oxfordjournals.org/content/16/4/655.short> [data da visita: 04/10/2012].
62. Smithson, J.; C. Paterson et al. 2010. Cancer patients' experiences of using complementary therapies: polarization and integration. *Journal of Health Services Research of Policy*, 15(2): 54-61. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194431> [Outubro 4, 2012].
63. Organização Mundial de Saúde. 2002. "National cancer control programmes: policies and managerial guidelines." Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545577.pdf> [data da visita: 11/30/2012].
64. Silva, H. C.F. da e V.A. Hortale. 2006. Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nessa área. *Cadernos de Saúde Pública* [Online], 22(10): 2055-2066. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt [Agosto 9, 2012].
65. Pittler, M.H. e E. Ernst. 2010. "Kava extract versus placebo for treating anxiety." Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003383/abstract> [data da visita: 10/26/2012].

66. Lakhan, S.E. e K.F.Vieira. 2010. "Nutritional and herbal supplements for anxiety and anxiety-related disorders: systematic review." Disponível em: <http://www.nutritionj.com/content/9/1/42> [data da visita: 10/26/2012].
67. Stepheson, N.N.; S.P.Weinrich e A.S. Tavakolil. 1997. "The effects of foot reflexology on anxiety and pain in patients with breast and lung cancer." Disponível em: <http://www.anatomy-facts.com/Research/The%20Effects%20of%20Foot%20Reflexology%20on%20Anxiety%20and%20Pain.pdf> [data da visita: 10/26/2012].
68. Marta, I.E.R. et al. 2010. "Efetividade do Toque Terapêutico sobre a dor, depressão e sono em pacientes com dor crônica: ensaio clínico." Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400035 [data da visita: 01/03/2012].
69. International Association for the Study of Pain. 2009. "Global Year Against Cancer Pain." Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Fact-Sheets1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=7395> [data da visita: 12/01/2012].
70. Alimi, D.; C. Rubino et al. 2003. Analgesic Effect of Auricular Acupuncture for Cancer Pain: A Randomized, Blinded, Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology* [Online], 21(22): 4120-4126. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14615440> [Outubro 6, 2012].
71. Cepeda, M.S.; D.B. Carr, et al. 2009. "Music for pain relief." Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004843.pub2/abstract?systemMessage=Willey+Online+Library+will+be+disrupted+on+27+October+from+10%3A00-12%3A00+BST+%2805%3A00-07%3A00+EDT%29+for+essentio+l+maintenance>. [data da visita: 10/26/2012].
72. Calvin, L.; K. Forbes e M. Fallon. 2006. Difficult pain. *BMJ* [Online], 332(7549): 1081-1083. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1458533>. [Outubro 6, 2012].
73. Harris, J.D. 2008. Fatigue in chronically ill patients. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* [Online], 2(3): 180-186. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18685418> [Dezembro 10, 2012].
74. Mota, D.D.C. de F. e C.A. de M. Pimenta. 2002. Fadiga em pacientes em câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira de Cancerologia* [Online], 48(4): 577-583. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v04/pdf/revisao3.pdf [Dezembro 16, 2012].
75. Vickers, A.J.; D.J. Strauss; B. Fearon e B.R. Cassileth. 2004. Acupuncture for Postchemotherapy Fatigue: A Phase II Study. *Journal of Clinical Oncology* [Online], 22(9): 1731-1735. Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/content/22/9/1731.short> [Dezembro 1, 2012].

76. Molassiotis, A.; P. Sylt e H. Diggins. 2007. The management of cancer-related fatigue after chemotherapy with acupuncture and acupressure: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine* [Online], 15(4):228-237. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/article/pii/S0965229906001051> [Dezembro 1, 2012].
77. Shen, J. et al. 2000. Electroacupuncture for Control of Myeloablative Chemotherapy-Induced Emesis: A Randomized Controlled Trial. *JAMA* [Online], 284(21): 2755-2761. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=193319> [Dezembro 1, 2012].
78. Ezzo, J. et al. 2010. "Acupuncture-point stimulation for chemotherapy-induced nausea or vomiting." Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002285.pub2/abstract> [data da visita: 10/26/2012].
79. Nystrom, E.; G. Ridderstream e A.S. Leffler. 2008. Manual acupuncture as an adjunctive treatment of nausea in patients with cancer in palliative care – a prospective, observational pilot study. *Acupuncture in Medicine* [Online], 26(1): 27-32. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18356796> [Outubro 26, 2012].
80. Fortin, M.F. 2003. O Processo de Investigação – da concepção à realização, 3ª edição. Lusociência, Loures, 388 pps.
81. S. Thiago, S. de C. 2009. "Medicinas e Terapias Complementares na Visão de Médicos e Enfermeiros da Saúde e da Família de Florianópolis." Disponível em: http://www.tede.ufsc.br/tedesimplificado//+de_busca/arquivo.php?codArquivo=1424 [data da visita: 01/05/2012].
82. Bjersa, K.; E.S. Victor e M.F. Olsén. 2012. Knowledge about complementary, alternative and Integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: a national survey among university hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [Online], 12:42. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/12/42> [Outubro 26, 2012].
83. Nuñez, H.M.F. e S.I. Ciosak. 2003. Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do distrito administrativo 71 – Santo Amaro – São Paulo. *Revista Esc Enferm USP* [Online], 37(3): 11-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n3/02.pdf> [Outubro 6, 2012].
84. Salomansen, L.J. et al. 2011. Use of complementary and alternative medicine at Norwegian and Danish hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine* [Online], 11:4. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6882/11/4> [Outubro 26, 2012].
85. Linde, K. et al. 2009. "Acupuncture for tension-type headache." Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007587/abstract> [data da visita: 10/26/2012].
86. Rueda, J.-R.; I. Solà; A. Pascual e M.S. Casacuberta. 2011. "Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer." Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004282.pub3/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+on+27+October+from+10%3A00-12%3A00+BST+%2805%3A00-07%3A00+EDT%29+for+essential+maintenance> [data da visita: 10/26/2012].

87. Cheesman, S.; R. Christian e J. Cresswell. 2001. Exploring the value of shiatsu in palliative care day services. *International Journal of Palliative Nursing* [Online], 7(5): 234-239. Disponível em: http://www.internurse.com/cgi-bin/go.pl/library/article.cgi?uid=12637;article=IJPN_7_5_234_239;format=pdf [Outubro 16, 2012].

ANEXO 2



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

**TERAPIAS COMPLEMENTARES NA PERSPETIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM
CUIDADOS PALIATIVOS**

Questionário

por
Nádia Andreia Amaro Lopes
(Outubro de 2012)

Exmo. Profissional de Saúde

Sou estudante do Curso de Mestrado em Cuidados Paliativos, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e solicito a sua colaboração no estudo que me encontro a realizar, cujo objetivo é conhecer a perspetiva dos profissionais de saúde relativamente às Terapias Complementares (classificadas de acordo com a categorização definida por Deng e Cassileth, 2010) em Cuidados Paliativos.

Expresso a garantia da confidencialidade das respostas e a disponibilidade para o/a informar dos resultados obtidos com este estudo.

Instruções de preenchimento:

1. O questionário encontra-se subdividido em 3 partes (A, B e C) sendo que a primeira refere-se à sua caracterização pessoal e profissional;
2. Com a parte B pretendo avaliar o seu interesse pelas Terapias Complementares;
3. A parte C refere-se à utilização das Terapias Complementares.
4. Responda a todas as questões

Reconhecidamente agradeço a sua disponibilidade, honestidade e preciosa colaboração.

Com os meus respeitosos cumprimentos, subscrevo-me atenciosamente

Nádia Andreia Amaro Lopes

Parte A

1.	Idade (em anos)	
-----------	------------------------	--

2.	Sexo	Masculino	
		Feminino	

3.	Escolaridade	Licenciatura	
		Pós-Graduação	
		Mestrado	
		Doutoramento	

4.	Local de Trabalho	
-----------	--------------------------	--

5.	Área Profissional	Assistência Social	
		Enfermagem	
		Medicina	
		Psicologia	

6.	Tempo de Profissão (em anos)	
-----------	-------------------------------------	--

7.	Tempo de Profissão em Cuidados Paliativos (em anos)	
-----------	--	--

8.	Formação Especializada	
	Em Cuidados Paliativos	
	Nenhuma	
	Outra	Especifique: _____

Parte B – Interesse por Terapias Complementares

Indique com um **X** o seu grau de acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, usando a seguinte escala:

1 Nenhum	2 Pouco	3 Mediano	4 Muito	5 Muito Elevado
--------------------	-------------------	---------------------	-------------------	---------------------------

	1	2	3	4	5
1. Como quantifica o seu nível de interesse em terapias complementares?					
2. Como quantifica o seu nível de informação acerca do processo de inclusão das terapias complementares no Sistema Nacional de Saúde?					

Utilize um “X” para a sua resposta.

3. Tem formação específica em Terapias Complementares?

	Sim	Não
Fitoterapia		
Naturopatia		
Homeopatia		
Meditação		
Hipnoterapia		
Yoga		
Osteopatia		
Quiropraxia		
Toque Terapêutico		
Reiki		
Massagem terapêutica		
Reflexologia		
Shiatsu		
Tai-Chi		
Musicoterapia		
Acupuntura		

Parte C – Utilização de Terapias Complementares

Indique com um **círculo** a sua resposta usando a seguinte escala:

1 Nenhum	2 Pouco	3 Mediano	4 Muito	5 Muito Elevado
--------------------	-------------------	---------------------	-------------------	---------------------------

	1. Utiliza alguma destas terapias em si mesmo?	2. Utiliza alguma destas terapias no seu contexto de trabalho?	3. Já viu ser utilizada alguma destas terapias no seu contexto de trabalho?
Fitoterapia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Naturopatia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Homeopatia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Meditação	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Hipnoterapia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Yoga	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Osteopatia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Quiropraxia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Toque Terapêutico	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Reiki	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Massagem terapêutica	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Reflexologia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Shiatsu	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Tai-Chi	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Musicoterapia	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
Acupuntura	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Indique com um **X** a sua resposta.

	Sim	Não
4. No seu serviço existe preocupação sobre a temática das Terapias Complementares?		
5. No seu serviço existem Terapias Complementares disponíveis para os doentes?		
6. Durante a sua atividade em cuidados paliativos já deu formação sobre Terapias Complementares?		
7. Já foram realizadas no seu serviço formações sobre Terapias Complementares?		
8. Já assistiu a alguma formação profissional no âmbito das Terapias Complementares?		

9. Já algum doente lhe solicitou a prestação de Terapias Complementares?		
10. Os doentes solicitam ao serviço a disponibilidade de Terapias Complementares?		
11. Encaminha os seus doentes para algum profissional em Terapias Complementares quando lhe solicitam a sua realização?		

12. Se aplica Terapias Complementares aos seus doentes:

a) Em que terapias obtém resultados mais positivos?

b) Em que sintomas observa a ocorrência de maior alívio sintomático?

13. Indique com um **X** a sua resposta.

Relativamente ao processo de regulamentação das Terapias Complementares, então designadas por Terapêuticas Não Convencionais:

	Sim	Não
a) Conhece a Lei nº 45/2003, de 22 de agosto, Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais?		
b) Conhece a Proposta de Lei que regulamenta a Lei nº 45/2003, de 22 de agosto, elaborada pelo Gabinete do Secretário de Estado do Adjunto do Ministro da Saúde em Fevereiro de 2012?		