

A medicina não convencional no contexto do direito à saúde e dos direitos dos pacientes.

Non-conventional medicine in the context of Health rights of patients

Vera Lúcia Raposo¹

RESUMO

A medicina não convencional traz uma forma de prestação de cuidados de saúde diferente da dita medicina convencional, mas nem por isso menos relevante para a edificação do sistema de saúde e para a promoção do bem-estar dos pacientes.

Contudo, as sociedades ocidentais desprezam habitualmente as suas muitas virtualidades, apenas promovendo o uso da medicina convencional. Esta tendência funda-se no desconhecimento das raízes ancestrais da medicina não convencional e dos benefícios que mesmo nos dias de hoje esta pode implicar, não apenas mediante os seus procedimentos tradicionais de prevenção e cura, mas também pelo impulso que pode trazer ao desenvolvimento científico, inclusivamente no âmbito de novas tecnologias a ser aplicadas pela medicina convencional.

Este estudo irá expor os principais elementos caracterizadores da medicina não convencional, diferenciá-la da medicina convencional, apontar as suas mais-valias, descrever o movimento de progressiva aceitação desta prática nos países ocidentais e pugnar por uma forma de sã convivência entre ambas, que promova a consolidação de um eficaz sistema de prestação de cuidados de saúde.

PALAVRAS CHAVE

Medicina não convencional, medicina convencional, direitos dos pacientes, direito à saúde

ABSTRACT

Unconventional medicine brings a form of health care that differs from conventional medicine, but is no less relevant to building up the health system and

¹ Licenciada em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (FDUC), pós-graduada em direito médico (Centro de Direito Biomédico da FDUC), mestre e doutorada em Ciências Jurídico-Políticas (FDUC).

promoting the well-being of patients. However when only promoting the use of conventional medicine Western societies routinely disregard its many possibilities. This trend is based on the ignorance of the ancestral roots of non-conventional medicine and the benefits that even today it may offer, not only through its traditional procedures of prevention and cure, but also by the boost it can bring to scientific development, including new technologies to be applied by conventional medicine. This study will expose the main elements of non-conventional medicine and differentiate it from conventional medicine. It will point out its benefits, describing the movement of progressive acceptance of this practice in Western countries. And it argues a healthy coexistence between both, which can promote the consolidation of an effective health care system.

KEY WORDS

Non-conventional medicine, conventional medicine, patients' rights, right to health

BREVES NOTAS SOBRE A CHAMADA MEDICINA NÃO CONVENCIONAL

A medicina não convencional (MNC) traduz uma área do conhecimento dirigido à prestação de cuidados de saúde mediante uma visão holística do ser humano, isto é, tendo em consideração os aspectos físicos, espirituais, emocionais e sociais determinantes no seu diagnóstico, em interacção com o meio ambiente e o meio social, o que representa uma relevante mais-valia face à medicina dita convencional ou alopática.

Da MNC fazem parte práticas como a acupunctura, a fitoterapia, a homeopatia, a medicina tradicional chinesa, a naturopatia, a osteopatia, a quiropráxia, entre muitas outras. No fundo, as várias formas de medicina tradicional típicas de cada horizonte geográfico são uma forma de MNC.

A MNC baseando-se em saberes tradicionais ancestrais, bem mais antigos do que a ciência moderna. Contudo, têm vindo a desenvolver de forma crescente ensaios clínicos com metodologias cada vez mais consistentes e mais adaptadas ao respectivo modo de execução, que atestam a segurança e eficácia dos seus resultados. Isto mesmo é atestado pelos vários estudos que têm sido realizados e publicados nos últimos anos a este respeito².

² GAGNIER, J.J.; BOON, H.; ROCHON, P.; MOHER, D.; BARNES, J.; BOMBARDIER, C.; CONSORT Group. Recommendations for Reporting Randomized Controlled Trials of Herbal Interventions: Explanation and Elaboration, *J Clin Epidemiol*, Maastricht, The Netherlands, v. 59, n. 11, 2006, pp. 1134-49; MACPHERSON, H.; ALTMAN, D.G. Improving the quality of reporting acupuncture interventions: describing the collaboration between STRICTA, CONSORT and the Chinese Cochrane Centre, *J Evid Based Med.*, Malden, US, v. 2, n. 1, 2009, pp. 57-60. doi: 10.1111/j.1756-5391.2009.01008.x.; MACPHERSON, Hugh; ALTMAN, Douglas G.; HAMMERSCHLAG, Richard; YOUPING, Li; TAIXIANG, Wu; WHITE, Adrian; MOHER, David, Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement, *Plos*

DEFINIÇÃO DA MNC

No âmbito do conceito geral de MNC a OMS distingue duas grandes categorias: a medicina tradicional, por um lado, e a medicina complementar e alternativa, por outro.

A medicina tradicional representa, de acordo com a definição contida num documento da OMS sobre medicina tradicional³:

a comprehensive term used to refer both to TM systems such as traditional Chinese medicine, Indian ayurveda and Arabic unani medicine, and to various forms of indigenous medicine. TM therapies include medication therapies - if they involve use of herbal medicines animal parts and/or minerals - and non- medication therapies - if they are carried out primarily without the use of medication, as in the case of acupuncture, manual therapies and spiritual therapies. In countries where the dominant health care system is based on allopathic medicine, or where TM has not been incorporated into the national health care system, TM is often termed "complementary", "alternative" or "non-conventional" medicine.

No que respeita à medicina complementar e alternativa (vulgo, CAM), a sua definição afigura-se mais complexa, dada a heterogeneidade que marca as suas práticas. O National Center for Complementary and Alternative Medicine define-a como⁴:

group of diverse medical and health care systems, practices, and products that are not generally considered part of conventional medicine (...) The boundaries between CAM and conventional medicine are not absolute, and specific CAM practices may, over time, become widely accepted.

Mais complicada se releva a opção pela designação “medicina integrativa”. Certamente que esta terminologia é passível de múltiplos entendimentos, uns mais úteis do que outro. O risco que tal designação encerra é o levar considerar que a MNC se integram na medicina alopática apenas como mais uma técnica médica, o que se repudia por atentar contra o princípio da autonomia, o qual deve ser o princípio basilar na regulamentação da MNC, e tornaria aqueles que a elas se dedicam meros técnicos.

Uma definição rigorosa de MNC revela-se essencial para identificar os princípios e regras a que esta deve estar sujeita, bem como as pessoas legitimadas para as praticar e os concretos actos que lhes conferem conteúdo.

RELAÇÃO ENTRE A MNC E A MEDICINA CONVENCIONAL

Medicine, San Francisco, Califórnia e Cambridge, United Kingdom, v. 7, issue 6, 2010, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000261>;

³ WHO, WHO Traditional Medicine Strategy: 2002-2005, WHO/EDM/TRM/2002.1, 2002. Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2297e/s2297e.pdf> (acesso em 1 Outubro 2016).

⁴ NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?. NCCIH Pub N. D347, Date Created: October 2008, Last Updated: June 2016. Disponível em <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam> (acesso em 1 Outubro 2016).

É absolutamente vital manter a autonomia entre a MNC e a medicina convencional. Sem prejuízo de trabalharem em conjunto – como, aliás, se propugna – deve evitar-se qualquer tipo de sobreposição, que não só gere confusão no paciente e oblitere a sua liberdade de escolha, como fomenta conflitos entre os profissionais de ambas as áreas.

This ambiguity – along with the legal opinions crafted to resolve confusion over the scope of practice – raise the potential for conflict between practitioners of traditional Oriental therapies and modern Western medical doctors. And when the two paradigms conflict – rather than complement – the opportunity for patient harm increases and the potential for patient benefit decreases⁵.

De facto, embora a MNC representem formas de prestação de cuidados de saúde, as profissões relativas à MNC não se confundem com as profissões alopáticas. Estas duas modalidades de prevenir e tratar a doença divergem no seu espírito e nos seus princípios retores. Por conseguinte, o desejo, e mesmo a necessidade, de o paciente receber préstimos destes dois tipos de saberes e de ambos operarem em conjunto não implica que confluam simultaneamente no mesmo momento nem exigem que sejam praticadas pelo mesmo profissional. O desfecho seria, inelutavelmente, a transformação da MNC numa mera técnica da medicina alopática, pelo que já nem careceria de regulamentação específica.

Ao que parece, tão-pouco os pacientes desejam esse tipo de actuação conjunta, tal como o demonstram as conclusões obtidas a partir de um estudo realizado no estado da Califórnia. Neste estudo, apurou-se que os pacientes exigem a existência paralela, mas separada, de ambos os tipos de prestações de cuidados de saúde. Ou seja, querem ter a garantia de que ao procurarem um médico alopático este vai actuar de acordo com os princípios da medicina alopática (com o diagnóstico próprio daquelas e com os exames de diagnóstico que lhe são específicos), assim como de que, ao procurarem um profissional de MNC, este actuará de acordo com o seu próprio diagnóstico e o seu específico método de actuação⁶:

An important underlying tension is the trend toward blending traditional Oriental Medicine with Western biomedicine. While both healing paradigms can benefit the public, those benefits will be jeopardized if the two regulatory schemes are not kept separate and distinct. The Commission's recommendations would clarify the role for acupuncturists and – if enacted immediately – would prevent greater confusion and even potential harm to consumers in the future.

O que se espera é que o paciente possa, de forma livre e consciente, optar por uma ou outra destas modalidades de prestação de cuidados de saúde, ou mesmo por ambas em conjunto, desde que – e eis aqui uma nota de extrema importância – a sua existência paralela seja do conhecimento de qualquer um dos profissionais (o que, por sua vez, só será possível se o paciente não se sentir inibido de comunicar a um deles que está concomitantemente a ser seguido pelo outro). Esta constante actualização de informação a ambos os profissionais deve igualmente abranger as terapêuticas que cada

⁵ LITTLE HOOVER COMMISSION, Regulation of Acupuncture A Complementary Therapy Framework, September 30, 2004. Disponível em <http://www.lhc.ca.gov/lhcdir/175/report175.pdf> (acesso em 2 de Setembro de 2016).

⁶ *Ibidem*.

um deles tenha aplicado no âmbito da autonomia que lhes é (a ambos, note-se) reconhecida. Tal nota é decisiva para o sucesso de qualquer dos tratamentos, pois em certos casos poderiam ser eficazes e proveitosos quando individualmente aplicados, mas correm o risco de se tornarem ineficazes se usados cumulativamente.

Nesta linha de raciocínio admite-se, e inclusivamente propugna-se, que o paciente que procure os serviços de um profissional de MNC possa ser por este remetido para um profissional de medicina alopática caso entenda que os seus préstimos serão insuficientes para o estado clínico daquele paciente; ou, ao invés, que um profissional de medicina alopática possa reenviar o paciente para um profissional de MNC se porventura concluir que os procedimentos de MNC (isolados ou em conjunto) poderão ser mais proveitosas para o seu estado clínico.

No que respeita à legitimidade para a prática profissional, certamente que a MNC pode ser praticada por vários tipos de profissionais de saúde. Contudo, sempre será de exigir que aqueles que detêm uma licenciatura numa determinada profissão de saúde que não coincida com alguma daquelas integradas na MNC obtenham igualmente a devida formação nessa área, de forma a obter os específicos conhecimentos que lhes permitirão lançar mão destas práticas com segurança e eficácia para o paciente. Ou seja, não basta ter uma licenciatura em medicina (alopática, entenda-se); sempre será necessário obter a necessária qualificação em MNC.

O CONTRIBUTO DA MNC NO ÂMBITO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Um dos grande contributo da MNC em sede de prestação de cuidados de saúde prende-se com a redução de custos, um objectivo da máxima importância em tempos de austeridade como os que se vivem hoje em dia. Pois se é certo que o direito à saúde não se compadece com raciocínios economicistas, também é verdade que face a recursos escassos (e estes são sem dúvida tempos de recursos escassos) as considerações económicas não deixarão de ter o seu peso.

Uma das vias pelas quais a MNC atinge este objectivo prende-se com o seu carácter preventivo e com a intervenção antecipada que a caracteriza, essencialmente, devido ao incentivo de hábitos de vida que contribuem para a manutenção do estado de saúde

Por outro lado, o método de actuação da MNC também apresenta menos custos do que os da medicina convencional, dado que os procedimentos da MNC dispensam intervenções cirúrgicas invasivas e internamentos hospitalares. A isto acresce que os medicamentos e suplementos de que se socorre apresentam um preço substancialmente mais baixo do que os métodos da medicina institucionalizada. A diminuição dos custos é particularmente visível no caso de doenças crónicas e de patologias resultantes do envelhecimento, situações onde em regra (ainda) não é possível obter uma cura, mas simplesmente uma forma de melhorar a qualidade de vida do paciente e minorar o seu sofrimento, em suma, assegurando o bem-estar do paciente.

Por força destes virtualidades da MNC alguns países admitem a sua prática em unidades de saúde pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde, lado a lado com a medicina alopática. Assim sucede, por exemplo, em Macau e em Hong Kong, por força dos mandamentos das respectivas Leis Básicas, as quais impõem o desenvolvimento da

medicina e farmacologia chinesas e ocidentais (artigo 123.º da Lei Básica de Macau⁷ e artigo 138.º da Lei Básica de Hong Kong⁸).

O recurso à MNC tem conhecido exponencial crescimento no ocidente e, de modo geral, um pouco por todo o mundo⁹.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem demonstrado crescente interesse pelas MNC (“medicina tradicional” e “medicina alternativa”, segundo a OMS), o qual surge aliado à recomendação de as regulamentar e as enquadrar no âmbito da prestação de cuidados de saúde). Nas palavras da OMS: “It is extremely important to create the conditions for the correct and appropriate use of CM methods which, if used correctly, can contribute to the protection and the enhancement of patients’ health and well-being”¹⁰. Seguindo esta linha de raciocínio, na Declaração adoptada em Beijing¹¹ a OMS incentivou os Estados a formular políticas, regras e *standards* destinados a incluir a MNC no sistema geral de prestação de cuidados de saúde, de forma a promover o uso livre, seguro e equitativo destas práticas por parte dos cidadãos, o que implica que igualmente se implementem sistemas de qualificação, acreditação e licenciamento para os profissionais de MNC.

A própria União Europeia tomou diligências destinadas a um mais amplo reconhecimento da MNC, que remontam já aos anos 90 do século passado, mediante iniciativas da Comissão Europeia destinadas a abrir linhas de financiamento para a investigação científica em sede de MNC e a aprovação de uma Resolução pelo Parlamento Europeu, em Março de 1997, sobre o estatuto da MNC, incentivando os Estados Membros ao seu reconhecimento¹².

Outra importante mais-valia da MNC são os seus inputs para o desenvolvimento de novas terapêuticas, inclusivamente no âmbito da medicina convencional. Recorde-se a este respeito que o Prémio Nobel de Medicina em 2015 foi atribuído à cientista Youyou Tu, uma investigadora que sempre se dedicou ao estudo da medicina tradicional chinesa¹³. Youyou Tu foi reconhecida pela sua extensa investigação sobre o efeito anti-febril de uma erva usada na medicina chinesa, *Artemisia annua* (qinghaosu 青蒿素). Embora as virtualidades desta planta fossem conhecidas já há mais de 1500 anos deve-se a Youyou Tu identificação do seu componente biológico activo (Artemisinin) e do respectivo modo de funcionamento, permitindo assim que este

⁷ Disponível em <http://bo.io.gov.mo/BO/i/1999/leibasica/index.asp> (acesso em 10 de Setembro de 2016)

⁸ Disponível em http://www.basiclaw.gov.hk/en/basiclawtext/images/basiclaw_full_text_en.pdf (acesso em 10 de Setembro de 2016).

⁹ Num estudo levado a cabo em 2007 pelo National Health Interview Survey (NHIS) nos EUA, a cerca de 23 mil adultos e 9550 crianças, apurou-se que 38% dos adultos (aproximadamente 4 em 10) e 12% das crianças (aproximadamente 1 em 9) estavam no momento a usar algum tipo de medicina alternativa. Estudo descrito em Barnes, Patricia e BLOOM, Barbara. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. *National Health Statistics Report*, Hyattsville, n. 12, 2008. Disponível em <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr012.pdf> (acesso em 5 Outubro 2016).

¹⁰ WHO. Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine, 2004, Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5525e/s5525e.pdf> (acesso em 7 Outubro 2016).

¹¹ Declaração de Beijing, adotada pela OMS no Congresso sobre Medicina Tradicional, que teve lugar em Beijing (China) a 8 de novembro de 2008.

¹² Resolução sobre o estatuto das medicações não convencionais. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:51997IP0075:PT:HTML> (acesso em 1 de Outubro de 2016)

¹³ MANOHAR, P. R. Nobel prize, Traditional Chinese Medicine and Lessons for Ayurveda? *Ancient Science of Life*, Tamil Nadu, India; Milano, Italy, v. 35, n. 2, 2015, pp. 67–69. <http://doi.org/10.4103/0257-7941.171671>.

componente da medicina tradicional chinesa possa agora ser usado na produção dos modernos fármacos típicos da medicina convencional.

PREPARAÇÃO TÉCNICA E ACADÉMICA DOS PROFISSIONAIS DE MNC

As cautelas com a adequada formação dos profissionais de MNC é uma preocupação premente, que inclusivamente tem sido manifestada por reputadas organizações internacionais¹⁴.

Assim sendo, cumpre edificar um sistema de regulação da formação profissional para aqueles que pretendam exercer (ou que venham exercendo) MNC. É precisamente a estrutura de regulamentação da osteopatia seguida no Reino Unido que nos pode servir de modelo para o sistema que se pretende implementar entre nós, uma vez que o Reino Unido é considerado o paradigma no âmbito da regulação da MNC, em particular da osteopatia.

Quando a primeira lei britânica sobre osteopatia foi publicada, em 1993, a situação relativa ao estatuto destes profissionais e respectivas qualificações era pouco clara: várias pessoas se intitulavam osteopatas sem, na realidade, deterem qualquer tipo de formação na matéria. O que as autoridades fizeram foi instituir a obrigação, imposta a todos os profissionais que pretendiam usar o título de osteopata, de se submeterem a um processo de avaliação de competências, o qual consiste na avaliação do seu perfil profissional e de um *portfolio* individual, apresentado sob estrito anonimato. Para quem não consiga obter aprovação suficiente por esta via, abriram-se ainda outras possibilidades, tais como a sujeição a uma entrevista e a um exame prático ou, em última instância, uma formação destinada a providenciar os conhecimentos ou a experiência em falta.

Um cuidado que se deve ter é o não aceitar sem mais outros profissionais de saúde que não detenham formação específica suficiente em MNC, ainda que possam possuir uma licenciatura relacionada com a prestação de cuidados de saúde.

Esta salvaguarda não se deve a exigências de malthusianismo profissional, nem pretende obviamente expressar qualquer tipo de menorização de outras áreas. Porém, revela-se forçoso reconhecer que a MNC traduz a concretização de um conhecimento específico, ao qual não é possível aceder mediante outras licenciaturas, já que estas não visam preparar profissionais de MNC devidamente habilitados. Certamente que qualquer licenciado numa outra profissão relacionada com a prestação de cuidados de saúde pode vir igualmente a ser profissional de MNC. Porém, para tal terá que se submeter ao específico processo de formação e credenciação que é exigido a um profissional de MNC. No fundo, estamos perante o mesmo raciocínio que justifica que as outras profissões na área da saúde sejam vedadas aos profissionais de MNC, pois que também emergem um leque de razões relacionados com a falta de habilitação e conhecimentos para o exercício de uma dada profissão, mas que em nada bule com as competências e os saberes para o exercício da profissão face à qual gozam de efectiva habilitação.

A mesma regra vale em sentido contrário, isto é, no sentido de proibir aos profissionais da MNC a prática de actos médicos. Sucede que nem sempre é simples distinguir os actos médicos de outros actos conexos, nomeadamente no seio de ordens

¹⁴ Por exemplo, a OMS em WHO, **Benchmarks for Training in Traditional/Complementary and Alternative Medicine: Benchmarks for Training in Osteopathy, 2010. Disponível em <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf?ua=1>** (acesso em 10 de Outubro de 2016) no que respeita em particular aos osteopatas.

jurídicas (como a portuguesa) que não contam com uma definição do que seja o acto médico. Porém, mesmo nesses contextos se tem por adquirido que há actos integrantes da prestação de cuidados de saúde que tem que estar necessariamente reservado a pessoas com qualificações que impliquem uma licenciatura em medicina e um estágio como médico interno sob a supervisão de um médico sénior. É o que sucede, nomeadamente, com intervenções cirúrgicas, esterilizações, tratamento de doenças venéreas e infecciosas, prática de actos relacionados com a obstetrícia e a ginecologia, realização de autópsias e emissão de certificados de óbito e prescrição de medicamentos que não entrem na categoria de medicamentos homeopáticos e medicamentos à base de plantas.

APLICAÇÃO À MNC DAS REGRAS PREVISTAS PARA A MEDICINA ALOPÁTICA

A MNC não se confunde com a medicina dita convencional ou alopática, nem tão-pouco se encontram numa relação de inferioridade para com esta. Não se trata de um mero conjunto de técnicas desligadas entre si, mas de um profuso ramo de saberes, quantos deles ancestrais, que complementam o trabalho da medicina alopática¹⁵.

O que não significa que não existam normas e princípios que devam ser comuns a ambas. Por exemplo, o artigo 18.º da Lei n.º 45/2003, de 22 de Agosto, Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais¹⁶, estipula o seguinte:

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

Cabe notar que as normas invocadas no supra referido preceito são disposições penais que tratam da responsabilidade criminal do profissional médico em caso de violação das *leges artis* (artigo 150.º do Código Penal português¹⁷) e de intervenção sem o devido consentimento informado do paciente (artigos 156.º e 157.º do Código Penal português¹⁸).

Semelhante norma não deixa margem para dúvidas. Por um lado, expressamente diferencia os profissionais de MNC dos médicos alopáticos, pois se assim não fosse nem haveria necessidade desta especificação, na medida em que as referidas normas se lhes aplicariam directamente, sem necessidade de prévia remissão. Mas, por outro lado, reconhece que a sua actividade em muito se aproxima da daqueles outros; de facto, a actividade dos profissionais de MNC é equiparada à dos profissionais de medicina convencional para efeitos de protecção do paciente, uma vez que as referidas normas

¹⁵ Porém, em Portugal a designação ainda hoje utilizada é a de terapêuticas não convencionais”, sendo este um dos poucos países do mundo onde estas práticas são qualificadas como terapêuticas e não como modalidades de medicina.

¹⁶ Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/Lei-n45_2003.pdf (acesso em 2 Outubro 2016).

¹⁷ Sobre esta norma RAPOSO, Vera Lúcia. Entre a Vida e a Morte: Responsabilidade Médica nas Decisões em Fim de Vida, *Lex Medicinæ*, Coimbra, Portugal, v. 9, n. 18, 2012, pp. 115-144; RAPOSO, Vera Lúcia. “To Act or Not to Act, That Is the Question: Informed Consent in a Criminal Perspective”, *European Journal of Health Law*, Leiden, The Netherlands, v. 19, n. 4, 2012, pp. 379-390; RAPOSO, Vera Lúcia, *Do Ato Médico ao Problema Jurídico (Breves Notas sobre o Acolhimento da Responsabilidade Médica Civil e Profissional na Jurisprudência Nacional)*. Almedina, Coimbra, 2013;

¹⁸ Sobre estas normas RAPOSO, 2013: 163-179.

visam precisamente proteger bens jurídicos do paciente, tais como a vida, a integridade física e a autodeterminação pessoal.

Porém, não seria justo nem equitativo que os profissionais de MNC fossem equiparados nos ónus, nas obrigações e no (exigente) grau de responsabilidade determinado para os médicos, mas não já na dignidade e na autonomia. Mais uma vez, é ainda o legislador de 2003 que reconhece este aspecto, ao estender aos profissionais de TNC o regime de *favor medicinae* que o Código Penal consagra para os médicos alopáticos. De facto, enquanto os artigos 150.º/2, 156.º e 157.º determinam obrigações cujo incumprimento conduz a uma prática criminosa, já o artigo 150.º/1 do Código Penal consagra um regime *sui generis* em termos de direito comparado, isentando o médico de responsabilidade por eventuais danos que o paciente venha a sofrer no seu corpo, saúde, e mesmo na sua vida, desde que acto em causa vise uma intenção terapêutica *lato sensu*, se enquadre no âmbito da medicina institucionalizada (é devido a mesma nota que a norma em questão não se aplica imediatamente aos profissionais de MNC, aos quais não quadra esta descrição) e, sendo esta a pedra de toque do regime, desde que tenham atuado em conformidade com as *leges artis*. Como ficou referido, este é um regime de favor para com a profissão médica, que o legislador português entendeu dever estender igualmente aos profissionais de MNC, reconhecendo assim o valor da sua actividade.

Para além destas, outras normas legais e deontológicas que vinculam os médicos alopáticos se devem igualmente aplicar aos profissionais de MNC. Veja-se, por exemplo, o regime jurídico da protecção de dados pessoais, em particular dados de saúde, que assume especial importância no âmbito da actividade médica e que, paralelamente, deve também vincular os profissionais de MNC. Consequentemente, o dever legal e deontológico de sigilo, ao qual o médico está subordinado, deve também estender-se aos profissionais de MNC.

Algumas regras específicas da deontologia profissional médica (medica convencional) são igualmente aplicáveis à MNC, como por exemplo a proibição de garantir o paciente a sua cura. Esta regra remete para a distinção entre obrigações de meios e obrigações de resultados, enquanto categorias típicas das obrigações contratuais assumidas em sede de direito civil. Esta dicotomia é igualmente assaz discutida no que respeita à actividade médica, tendo-se concluído que, em regra, o médico apenas se vincula a despender os seus melhores esforços e conhecimentos para tratar o paciente, mas não pode assegurar a cura, uma vez que as particularidades próprias do corpo humano tornam o resultado da sua prestação (quase) sempre incerto, exceptuando-se casos muito delimitados em que se tem entendido verificar-se efectivamente uma obrigação de resultados¹⁹. Nesta linha de raciocínio, o mesmo deve valer para os profissionais de MNC, os quais tão-pouco se encontram em condições de garantir uma cura, ou mesmo uma melhoria do estado de saúde. Outro exemplo de uma regra comum é, obviamente, o princípio da não maleficência, pedra nuclear do regras deontológicas que norteiam a actividade médica.

SISTEMAS DE SAÚDE E MNC

¹⁹ Sobre tais casos, RAPOSO, 2013: 112-119.

Tendo como base o critério da relação entre a medicina alopática e a MNC podem diferenciar-se três tipos de sistemas de saúde²⁰:

- i) O sistema integrado reconhece oficialmente a MNC e permite a sua disponibilização seja em estabelecimentos de saúde privados, seja em estabelecimentos públicos. Além do mais, inclui as suas despesas na cobertura do respectivo SNS. É o que sucede na China, em ambas as Coreias e no Vietname;
- ii) O sistema inclusivo é aquele que, apesar de reconhecer a MNC, não a integra inteiramente no sistema de prestação de cuidados de saúde. Paradoxalmente, confluem nesta solução tanto países menos desenvolvidos (essencialmente no continente africano) como países tão desenvolvidos como o Canadá e o Reino Unido;
- iii) O sistema tolerante caracteriza-se por restringir a prestação de cuidados de saúde à medicina alopática, embora “tolerando” a MNC, como sucede na maioria dos países do sul da Europa.

Estes diferentes sistemas são fortemente condicionados pelas concepções vigentes relativas à existência ou não de monopólio em matéria de prestação de cuidados de saúde. Assim, nos países do sul/centro da Europa a ideia predominante tem sido a de que apenas os médicos podem prestar cuidados de saúde à população. Embora excepcionalmente se admitam outros intervenientes (enfermeiros, parteiras, fisioterapeutas, farmacêuticos), estes atuam sempre sob as ordens ou vigilância de um médico. Ao invés, nos países mais a norte é reconhecida legitimidade para a prática de actos relacionados com a saúde a toda a pessoa com formação para tal, ainda que alguns desses actos (nomeadamente intervenções cirúrgicas) estejam reservados aos médicos. Por exemplo, no Reino e na Irlanda o direito costumeiro habilita qualquer pessoa a desempenhar funções terapêuticas, desde que não se arrogue o título de médico.

O RESPEITO PELA LIVRE DECISÃO DOS PACIENTES

Quase todas as Constituições consagram no seu texto o chamado direito à saúde, sem restringir a prestação de cuidados de saúde somente à medicina ortodoxa. Na verdade, o cidadão tem direito aos melhores cuidados de saúde acessíveis em cada momento, avaliados da perspectiva daquilo que ele próprio considera ser melhor para si e mais congruente com as convicções pessoais. No seu comentário ao artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa os professores Gomes Canotilho e Vital Moreira referem que “[o] direito à protecção da saúde analisa-se numa série de direitos dos utentes dos serviços de saúde e direitos dos doentes, entre os quais se contam o direito de acesso, liberdade de escolha, direito de autonomia e informação”²¹.

Em Portugal estima-se que serão cerca de 2 milhões de pessoas a utilizar regularmente a MNC²². Este número não deixa de ser impressionante, não apenas porque nos reportamos a um universo de 10 milhões de pessoas, mas também porque

²⁰ MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Análisis de Situación de las Terapias Naturales. Disponível em <http://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf> (acesso em 1 Julho de 2016).

²¹ CANOTILHO, J. J. Gomes e MOREIRA, Vital. *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Vol. I, 4.º ed. Revista. Coimbra, Coimbra Editora, 2007, p. 831).

²² Segundo dados apresentados pela ERS durante uma conferência de imprensa destinada a fazer o balanço da sua atividade (disponível em <http://publico.pt/sismos/noticia/entidade-reguladora-da-saude-quer-fiscalizar-terapeuticas-nao-convencionais-1477565> - acesso em 9 de Outubro de 2016)

falamos de um país mundialmente conhecido pela excelência do seu Serviço Nacional de Saúde. Ainda assim, 2 milhões de utentes preferem recorrer (isolada ou conjuntamente) à MNC. Este dado demonstra que, mesmo perante sistemas eficazes e bem-sucedidos de medicina alopática, muitos cidadãos continuam a preferir pagar do seu bolso (dado que em Portugal, como de resto em muitos países europeus, Serviço Nacional de Saúde não cobre estes tratamentos) os tratamentos de MNC.

Por conseguinte, a opção pela MNC não se deve necessariamente à frustração dos pacientes com o sistema disponível de medicina alopática, nem ao seu mau funcionamento; resulta antes de uma avaliação consciente e profunda que leva certos utentes a escolher uma outra forma de encarar a saúde e o bem-estar.

Nesta medida, o reconhecimento da MNV e a sua adequada regulamentação está também ao serviço da protecção da livre decisão do cidadão-paciente. Trata-se de permitir uma decisão racional e ponderada, que se prende com valores e convicções pessoais, partilhada por milhões de pessoas em todo o mundo²³.

A IMPORTÂNCIA DA EXISTÊNCIA DE UMA REGULAÇÃO

A regulamentação do acesso à profissão – desta, como de quaisquer outras – apresenta inegáveis vantagens, as quais se prendem com a garantia da segurança, qualidade e dignidade na prestação de cuidados de saúde por parte dos profissionais de MNC, nomeadamente perante aqueles que abusivamente se intitulam como tal.

De facto, actualmente qualquer pessoa se pode designar profissional de MNC e praticar supostos actos de MNC sem qualquer garantia de segurança ou fiscalização. Esta circunstância pode colocar em risco as expectativas daqueles que os procuram, que, por um lado; e, por outro lado, mancha a reputação dos profissionais sérios, credíveis e competentes que anseiam por prestar os seus melhores serviços e cuja dignidade profissional é denegrida por via do exercício desregulado da profissão.

Além do mais, e em ligação com o ponto anterior, uma regulamentação adequada e orientada para o bem-estar do paciente promove denúncias de práticas abusivas ou lesivas junto das autoridades competentes e, conseqüentemente, permite um maior controlo administrativo e judicial da MNC, providenciando a eventuais pacientes lesados o mesmo grau de tutela legal que hoje lhes assiste face aos médicos alopáticos e às faltas médicas. Embora actualmente os profissionais de MNC não estejam isentos do cumprimento das leis gerais e, por conseguinte, possam ser judicialmente accionados, o facto de a sua actividade não ter um reconhecimento legal evidente poderá afastar os hipotéticos lesados da satisfação judicial a que têm direito. Neste sentido, a regulamentação reforça a *accountabilty*, afinal, uma das ideias chave da actual sociedade de risco.

Note-se também que a ausência de adequada regulação impede o nível ideal de consolidação e de transmissão de conhecimentos e progresso científico, que poderão trazer substanciais benefícios a quem procura este tipo de cuidados de saúde.

Pelos motivos citados, e atendendo ao crescente interesse que a MNC vem suscitando um pouco por todos os quadrantes geográficos, urge conferir-lhes uma norma específica, que proteja a saúde e o bem-estar daqueles que a procuram, pugne

²³ No espaço europeu cerca de 80% dos cidadãos comunitários usam ou já usaram estas práticas. Cfr. EUROPEAN FEDERATION FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, Press Release: Investing in Complementary & Alternative Medicine: Innovation and Added Value and saving for European Healthcare - Brussels, 9 October 2012, European Parliament. Disponível em <http://www.efcam.eu/press-release-from-cam-conference/> (acesso em 10 de Outubro de 2016).

por elevados níveis de qualidade por parte de quem a elas se dedica e prepare adequadamente para a respectiva prática os futuros profissionais.

APRECIACÕES CONCLUSIVAS SOBRE O ESTATUTO E REGIME DA MNC

A dita MNC tem vindo a assumir por todo o mundo um papel de relevo. À medida que a medicina institucionalizada se torna mais tecnológica muitos procuram formas ancestrais ou alternativas de cura. Esta vontade deve ser respeitada, na medida em que se traduz numa concretização da autodeterminação do paciente, pedra de toque do moderno direito médico e das mais recentes doutrinas dos direitos humanos.

O respeito pela vontade do paciente, e a concomitante concessão de adequado lastro de segurança na concretização dessa vontade, exigem o adequado reconhecimento dos profissionais de MNC, com o objectivo último de edificar um sistema integrado de prestação de cuidados de saúde, que esteja ao serviço da comunidade, disponibilizando-lhe um sistema completo e diversificado de cuidados em prol do bem-estar de todos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Barnes, Patricia e BLOOM, Barbara. Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children: United States, 2007. *National Health Statistics Report*, Hyattsville, n. 12, 2008. Disponível em <http://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr012.pdf> (acesso em 5 Outubro 2016).

CANOTILHO, J. J. Gomes e MOREIRA, Vital. *Constituição da República Portuguesa Anotada*, Vol. I, 4.º ed. Revista. Coimbra, Coimbra Editora, 2007.

EUROPEAN FEDERATION FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, Press Release: Investing in Complementary & Alternative Medicine: Innovation and Added Value and saving for European Healthcare - Brussels, 9 October 2012, European Parliament. Disponível em <http://www.efcam.eu/press-release-from-cam-conference/> (acesso em 10 de Outubro de 2016).

GAGNIER, J.J.; BOON, H.; ROCHON, P.; MOHER, D.; BARNES, J.; BOMBARDIER, C.; CONSORT Group. Recommendations for Reporting Randomized Controlled Trials of Herbal Interventions: Explanation and Elaboration, *J Clin Epidemiol*, Maastricht, The Netherlands, v. 59, n. 11, 2006, pp. 1134-49.

LITTLE HOOVER COMMISSION, Regulation of Acupuncture A Complementary Therapy Framework, September 30, 2004. Disponível em <http://www.lhc.ca.gov/lhcdir/175/report175.pdf> (acesso em 2 de Setembro de 2016).

MACPHERSON, H.; ALTMAN, D.G. Improving the quality of reporting acupuncture interventions: describing the collaboration between STRICTA, CONSORT and the Chinese Cochrane Centre, *J Evid Based Med.*, Malden, US, v. 2, n. 1, 2009, pp. 57-60. doi: 10.1111/j.1756-5391.2009.01008.x.

MACPHERSON, Hugh; ALTMAN, Douglas G.; HAMMERSCHLAG, Richard; YOUPIING, Li; TAIXIANG, Wu; WHITE, Adrian; MOHER, David, Revised Standards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): Extending the CONSORT Statement, *Plos Medicine*, San Francisco, Califórnia e Cambridge, United Kingdom, v. 7, issue 6, 2010, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000261>.

MANOHAR, P. R. Nobel prize, Traditional Chinese Medicine and Lessons for Ayurveda? *Ancient Science of Life*, Tamil Nadu, India; Milano, Italy, v. 35, n. 2, 2015, pp. 67–69. <http://doi.org/10.4103/0257-7941.171671>.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Análisis de Situación de las Terapias Naturales. Disponível em <http://www.mspsi.gob.es/novedades/docs/analisisSituacionTNatu.pdf> (acesso em 1 Julho de 2016).

NATIONAL CENTER FOR COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE, Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?. NCCIH Pub N. D347, Date Created: October 2008, Last Updated: June 2016. Disponível em <http://nccam.nih.gov/health/whatisncam> (acesso em 1 Outubro 2016).

RAPOSO, Vera Lúcia. To Act or Not to Act, That Is the Question: Informed Consent in a Criminal Perspective, *European Journal of Health Law*, Leiden, The Netherlands, v. 19, n. 4, 2012, pp. 379-390.

RAPOSO, Vera Lúcia. Entre a Vida e a Morte: Responsabilidade Médica nas Decisões em Fim de Vida, *Lex Medicinæ*, Coimbra, Portugal, v. 9, n. 18, 2012, pp. 115-144.
RAPOSO, Vera Lúcia. *Do Ato Médico ao Problema Jurídico (Breves Notas sobre o Acolhimento da Responsabilidade Médica Civil e Profissional na Jurisprudência Nacional)*. Almedina, Coimbra, 2013.

WHO. Benchmarks for Training in Traditional/Complementary and Alternative Medicine: Benchmarks for Training in Osteopathy, 2010. Disponível em <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/BenchmarksforTraininginOsteopathy.pdf?ua=1> (acesso em 10 de Outubro de 2016).

WHO. WHO Traditional Medicine Strategy: 2002-2005, WHO/EDM/TRM/2002.1, 2002. Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2297e/s2297e.pdf> (acesso em 1 Outubro 2016).

WHO. Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine, 2004, Disponível em <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5525e/s5525e.pdf> (acesso em 7 Outubro 2016).

Recebido em: 16 de novembro de 2016

Aprovado em : 30 de novembro de 2016