



MEDICINA TRADICIONAL E COMPLEMENTAR, E RESPONSABILIDADE CIVIL

TRADITIONAL AND COMPLEMENTARY MEDICINE, AND CIVIL LIABILITY

Armindo Jelembi ^{1*} 

¹ I Doutor em Direito, Professor Associado da Faculdade de Direito da Universidade José Eduardo dos Santos.

Investigador Integrada do Instituto Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

* Email para correspondência: kunjiquisse@hotmail.com

RESUMO

O Decreto Presidencial nº 253/20, de 2 de outubro, aprovou a Política Nacional de Medicina Tradicional e Complementar. A complexidade da atividade médica convencional já se apresenta como sendo de grau elevado, e a aplicação de tecnologia sofisticada aumenta o nível de desempenho dos profissionais de saúde e as possibilidades de cura dos doentes, mas de outro lado aumentam as dificuldades de aplicação dos cânones da responsabilidade civil. Se é assim no que consideramos convencional e moderno, tais dificuldades são mais agudas na medicina tradicional e complementar. É o que intentaremos discutir no presente escrito.

Palavras-chave: medicina tradicional; vigência legal; responsabilidade.

ABSTRACT

Presidential Decree nº 253/20, of 2 october, approved the National Policy on Traditional and Complementary Medicine. The complexity of the conventional activity is of a high degree, and the the application of professional health technology increases the chances for curing the sick, but on the other hand it increases the difficulties in applying civil liability canons. If this is so in what we consider conventional and modern, such difficulties are sharper in traditional and complementary medicine. This is what we intend to discuss in this writing.

Keywords: traditional medicine; legal validity; responsibility.

Introdução

A saúde é um direito humano fundamental e cabe ao Estado garantir o direito à assistência médica e sanitária, assegurando os meios da sua promoção, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento. Esta constatação podemos encontrá-la na introdução do decreto presidencial que



aprova a Política Nacional de Medicina Tradicional e Complementar, doravante PNMTC. Reconhece também o papel fundamental da medicina tradicional e complementar na prevenção, diagnóstico e tratamento de várias enfermidades em diferentes partes deste mundo cada vez mais humanamente comum; aliás, a Organização Mundial da Saúde criou na década de 70 do século pretérito o Programa de Medicina Tradicional e Complementar, no qual recomendou aos Estados-Membros a formulação de políticas e regulamentações nacionais referentes à utilização de práticas complementares à medicina convencional com eficácia comprovada e exploração das possibilidades de incorporar os detentores de conhecimento tradicional nas atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhes formação correspondente.

Em Angola foram realizados vários estudos sobre a viabilidade da utilização de espécies da nossa flora e vegetação na medicina tradicional. O decreto presidencial que aprovou a PNMTC, na parte sobre os antecedentes e justificação, anuncia haver “registos sobre a forte utilização no período pré-colonial da medicina tradicional, o que está retratado tanto nas anotações de Frederich Welwisch (1862-1868) na sua obra sobre Madeira e Drogas Medicinais de Angola, como no livro de Gossweiller (1953) sobre Nomes Indígenas de Plantas de Angola”. Os contributos registados em Angola depois da independência, também referidos no decreto presidencial, foram a “publicação, em 1984, do livro de plantas medicinais de Manuela Batalha, com questionários a centenas de pessoas; publicação, em 1996, do livro a Medicina Tradicional no Centro e Oeste de Angola, de Eric Bossard; a forte atividade exercida por terapeutas, parteiras tradicionais e ainda ervanárias; o cadastramento de 61.197 terapeutas tradicionais e complementares no país; a inventariação de cerca de 500 espécies de plantas medicinais pelas instituições de pesquisa do país; a contribuição das organizações não governamentais dedicadas ao desenvolvimento dos recursos naturais com fins curativos e outras práticas tradicionais, assim como as pesquisas; a celebração sistemática da Jornada pelo dia da Medicina Tradicional e Complementar Africana, desde o ano de 2003; a criação da Comissão Nacional para o desenvolvimento dos recursos naturais com fins curativos e outras práticas tradicionais, assim como as pesquisas; a realização, em outubro de 2011, do I Encontro Nacional sobre a Flora e Vegetação de Angola, e a realização, em Novembro de 2011, da Conferência sobre Medicina Tradicional que culminou com a criação da Câmara Profissional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares”.

A implementação da medicina tradicional e complementar é justificada pelo Governo como sendo uma forma de “expansão dos cuidados primários de saúde”, admitindo que “hoje é bem conhecido pela sociedade o papel preponderante que desempenham os terapeutas e parteiras

tradicionais na aplicação de conhecimentos e práticas no intuito de afastar ou prevenir os males e doenças principalmente no meio rural”. Assim, “considerando a ampla utilização da Medicina Tradicional e Complementar pela população angolana e admitindo ainda as fragilidades existentes no Sistema Nacional de Saúde no que toca ao acesso e disponibilidade dos serviços de medicina convencional, torna-se necessária a criação de instrumentos legais que ditem as normas e procedimentos de modo a salvaguardar a saúde da população e torná-la mais segura e eficaz”.

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade que suporta uma grande complexidade, que reside num conjunto de elementos estruturais, desde o perfil dos utentes ao modelo da prática da medicina, do modelo de organização à compatibilização dos diversos interesses segundo a natureza dos stakeholders presentes no sistema de saúde (Fragata, 2016, p. 27). Esta complexidade leva-nos a formular a seguinte questão: será a atividade médica segura? A resposta será: sim, é. Mas também poderá ser: não é. A questão centra-se no fato de haver especialidades em que a segurança é mais alta do que outras. Por exemplo, a anestesiologia é uma das que atingiu níveis de segurança mais altos no quadro das demais especialidades médicas. A incerteza em determinar por muito tempo o funcionamento de um órgão humano devido à incerteza do fenómeno biológico, explica muito das posições sobre a insegurança. No global, ainda é insegura, mas muito mais segura do que no passado. A imprevisibilidade dos resultados dos processos de diagnóstico e de terapia, analisados dentro de um grande espectro de aleatoriedade próprio do carácter transversal da prática dos cuidados médicos, não suporta a afirmação de que é segura (Fragata, 2016, p. 28).

Finalizando esta introdução, diga-se que o direito à saúde é um “híper-bem” na medida em que se englobam nele, para a sua concretização, outros direitos, como o direito a uma alimentação saudável, a um ambiente saudável, a uma habitação digna, ao desporto e recreação, como também o direito da medicina, que referencia a conjugação entre ars e scientia, está aberta umbilicalmente a outras áreas, v.g., à farmácia, ao medicamento, a novas tecnologias como a inteligência artificial, à polícia administrativa (que se dedica ao combate das pandemias, ao controlo sanitário nas suas diversas formas, por exemplo) como não sucede na medicina tradicional e complementar.

Pressupostos do Exercício da Medicina

A Ordem dos Médicos de Angola é regida por princípios fundamentais, conforme o que dispõe o seu Regulamento Geral, no Capítulo II. Determina o art. 3º que “A Ordem dos Médicos



reconhece que a defesa dos legítimos interesses dos médicos pressupõe o exercício de uma medicina humanizada que respeite o direito à saúde de todos os cidadãos”. Determina também que “a Ordem dos Médicos exerce a sua ação com total independência em relação ao Estado, formações políticas, religiosas ou outras organizações”. Este posicionamento tem consequências no plano da sua finalidade e da sua responsabilização.

Quanto à questão da sua finalidade, a resposta encontra-se no regulamento em referência. Diz assim o art. 5º:

Defender a ética, a deontologia e a qualificação profissional médica, a fim de assegurar e fazer respeitar o direito dos utentes a uma medicina qualificada;

Fomentar e defender os interesses da profissão médica a todos os níveis, nomeadamente no respeitante à promoção socioprofissional, à segurança social e às relações de trabalho;

Promover o desenvolvimento da cultura médica e concorrer para o reforço e aperfeiçoamento constante do Serviço Nacional de Saúde, colaborando na Política Nacional de Saúde em todos os aspetos, nomeadamente no ensino médico e nas carreiras médicas;

Dar parecer sobre todos os assuntos relacionados com o ensino, com o exercício da medicina e com a organização dos serviços que se ocupam da saúde sempre que se julgue conveniente fazê-lo junto das entidades oficiais competentes, ou quando por estas for consultada;

Velar pelo exato cumprimento da lei, dos Estatutos e respetivos regulamentos, nomeadamente no que se refere ao título e à profissão de médico, promovendo procedimento judicial contra quem use ou exerça ilegalmente;

Emitir a cédula profissional e promover a qualificação profissional dos médicos pela concessão de diferenciação e pela participação ativa no ensino pós-graduado.

Quanto à sua responsabilização, e segundo o Código Disciplinar dos Médicos, “estão sujeitos à jurisdição disciplinar da Ordem dos Médicos (...) todos os médicos inscritos no momento da prática da infração”. Ora, os médicos não inscritos ou com inscrição suspensa estão fora da alçada disciplinar da ordem, e o foro competente para julgar as infrações praticadas nestas condições será o criminal e o cível.

A falta dos anteditos instrumentos legais para um legal exercício da medicina tradicional e convencional, coloca problemas agudos, pois já assistimos à prática desta medicina e à existência de feiras sobre produtos medicinais naturais cuja regulação e controlo são legalmente desconhecidos. Não havendo uma entidade de auto-regulação e autodisciplina no exercício da

medicina tradicional, como acontece com a medicina convencional, não se entende como enquadrar as finalidades e responsabilidades dos chamados “médicos tradicionais”, os quais, aliás, nem organizados estão. Contrariamente à medicina tradicional, a convencional está organizada por uma associação profissional, a Ordem dos Médicos, que é uma instituição que em Angola, conforme entendimento de Carvalho (2017), está mandatada pelo Estado para velar pela segurança e qualidade ética e técnica da medicina praticada no país, de modo a proteger os cidadãos, tanto quanto é possível, dos maus médicos e das más práticas. Esta incumbência não é encontrada para o exercício da medicina tradicional.

Sendo o seu mandato essencial, porquanto vai materializar um desiderato constitucional, aquele ligado à tarefa do Estado de promover o bem-estar do povo angolano (art. 21º, al. d)), a Ordem dos Médicos é uma instituição que deve conferir aos licenciados em medicina autorização para exercício da profissão, atribuindo-lhes um “certificado de garantia técnica e ética” refletida na cédula profissional.

A medicina deve ser vista sob dois panoramas: um funcional e outro orgânico. Do ponto de vista orgânico, a medicina será a organização física e estrutural dos serviços (integrados em estabelecimentos hospitalares). Estarão aqui os serviços organizados, por forma a que o doente tenha uma porta de entrada para rastreio, a realização dos primeiros diagnósticos, espaços para realização das mais diversas cirurgias, camas para internamentos e um conjunto de serviços auxiliares ou complementares, como limpezas, lavandaria, cozinha, etc. Já quanto ao aspeto funcional, valerá a organização e distribuição dos recursos humanos, meios materiais e técnicos para que aquela estrutura funcione eficazmente e com racionalidade de meios.

Para que esta divisão possa ser operacional, é necessário que os serviços de saúde estejam estruturados num Sistema Nacional de Saúde. O de Angola está organizado em três níveis: a lei nº 21-B/92, de 28 de agosto, sobre o Sistema Nacional de Saúde, estabelece no art. 12º três níveis de cuidados de saúde, o primeiro dos quais deve situar-se junto das comunidades. Ora, se o desenvolvimento económico não estiver presente nas comunidades mais distantes dos grandes centros urbanos, surgem dúvidas se na rede primária pode lá estar instalados cuidados de saúde. O nível intermédio ou secundário é constituído pela rede hospitalar polivalente e de especialidade menos diferenciada. O nível terciário compreende as unidades hospitalares de assistência diferenciada, polivalente, ou de especialidade. Ora, é difícil encontrar esta organização nos espaços rurais, e mesmo nas cidades não são conhecidos estabelecimentos da prática de medicina tradicional que cumpram os requisitos acima expostos. O decreto presidencial, no ponto sobre a sua missão, determina que a política nacional de medicina



tradicional é o instrumento que deve ser usado para garantir a prática segura e sustentável da medicina tradicional e complementar, com base numa regulamentação apropriada e no incentivo à investigação convencional, desenvolvimento tecnológico e em particular na área da biotecnologia.

O que consta na visão da Política Nacional de Medicina Tradicional e Complementar é a integração no SNS de práticas de saúde e de medicamentos tradicionais comprovadamente seguros, eficazes e de qualidade, numa lógica de complementaridade, incentivo e apoio à pesquisa para o desenvolvimento e aplicação alargada e segura destas práticas tradicionais, desenvolvimento económico e social para promoção da melhoria na qualidade de vida das pessoas. Hoje, as pessoas consideram-se mais seguras nas suas relações com serviços quando estes oferecem qualidade técnica e tecnológica, profissionalismo e conduta ética dos seus agentes. Os prestadores desta medicina devem, assim, com a promoção do Estado, procurar evoluir e, quando integrados no SNS, estar no mesmo patamar da medicina complementar; aliás, devem responder às exigências dos valores e princípios do Sistema Nacional de Saúde.

Este último ponto, o da nivelação, em termos de igualdade, com a medicina convencional, coloca a seguinte pergunta pertinente: indo ao encontro da medicina convencional, a medicina tradicional e complementar não seria consumida por aquela? Com efeito, tudo indica que sim: se as plantas medicinais puderem ser tratadas com os mesmos critérios científicos convencionais e respeitarem os padrões da farmacologia, então, não importará denominá-las medicamentos tradicionais (ou naturais, como também são tratados) e a sua prática ser denominada medicina tradicional. A medicina convencional só é assim chamada porque são parametrizadas as soluções para os diferentes problemas da saúde (doenças) e padronizada a organização e funcionamento do sistema de saúde. A *ars* e a *scientia* estão na base desta tipologia de medicina, e não apenas a experiência acumulada, como tem sucedido com a medicina tradicional¹.

Fazendo a medicina tradicional e complementar parte integrante do nosso sistema nacional de saúde, o legislador pretendeu, da leitura da PNMTC, materializar de forma ampla o direito à proteção da saúde, por ser um autêntico direito fundamental com dignidade similar aos direitos fundamentais chamados de primeira geração. O facto de ser normalmente catalogado como direito social não lhe diminui valor. Está em consonância e coberto com a mesma dignidade dos direitos fundamentais, bastando constatar que defender o direito à saúde não é possível sem

¹ Não pretendemos elaborar aqui a comparação que é muito comum entre médicos: medicina convencional (tradicional) vs medicina alternativa, nem separar a medicina convencional da medicina integrativa.

respeitar o direito à vida nem se desligar do princípio da dignidade da pessoa humana. É por meio desta conexão que o direito aqui em causa se vivifica e autonomiza.

Funcionamento da Medicina Tradicional

O Objetivo Geral que a PNMTTC visa é “desenvolver as práticas da medicina tradicional e complementar no Sistema Nacional de Saúde de modo que contribua para a obtenção de melhores resultados na saúde, otimizando e consolidando o seu papel, garantindo os cuidados com eficácia, segurança e qualidade a toda a população”. No âmbito dos objetivos específicos, o que se pretende é a integração das “práticas da medicina tradicional e complementar, cientificamente avaliadas, no exercício da medicina convencional”, devendo contribuir para a promoção de “pesquisas na área para a avaliação do conhecimento tradicional de forma a garantir a sua eficácia e segurança no impacto social e económico”.

Importa, antes de avançarmos, deixar aqui algumas definições que o decreto presidencial em análise nos oferece, para melhor compreensão do mesmo e dos posicionamentos que tomamos. Diz-se vezes sem conta que não é função do legislador estabelecer definições; esta é tarefa da doutrina. No entanto, compreende-se que em algumas leis, devido à complexidade técnica da sua elaboração, sejam disponibilizadas algumas definições que correspondam ao sentido que o legislador quer dar àquelas situações que visa regular. Tais definições constituem instrumentos por meio dos quais o legislador se opõe à ambiguidade e vagueza da utilização de um termo comum (Jelembi, 2021, p. 27); o primeiro conceito é o de Medicina Tradicional e Complementar:

“Conjunto de medicinas não convencionais que funde os termos de Medicina Tradicional e Medicina Complementar e abarca produtos e profissionais, conforme documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS)”.

Já Medicina Tradicional é a:

“Combinação total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias e experiências oriundas das diferentes culturas, explicáveis, usadas para manter a saúde, na prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças físicas ou mentais. Podem assentar exclusivamente em experiências passadas e na observação transmitida de geração em geração, oralmente ou não”.

A Medicina Complementar é o:



“Conjunto de diversos sistemas, práticas, produtos médicos e de atenção da saúde, que não se consideram atualmente parte da medicina convencional. São técnicas procedentes de outros sistemas médicos, que se usam como secundárias ou complementos da medicina moderna”.

Terapeuta Tradicional e Complementar é a:

“Pessoa reconhecida pela comunidade na qual vive e por órgãos competentes da saúde, como sendo competentes para prestar cuidados de saúde, baseados nos conhecimentos tradicionais, complementares ou técnicos, quer sejam culturais e/ou sociais, visando o bem-estar mental, físico e social”.

Farmacopeia Tradicional Africana é:

“O conjunto de saberes, conhecimentos e práticas de técnicas de preparações e de utilização das substâncias vegetais, animais e/ou minerais que serve para diagnosticar prevenir e/ou eliminar um desequilíbrio físico, mental ou social”

Medicamentos Procedentes da Farmacopeia Tradicional são os:

“Medicamentos, misturas formuladas, compostos desenvolvidos por um terapeuta tradicional, naturopata ou um pesquisador a partir dos conhecimentos ou informações procedentes da farmacopeia tradicional”.

Na verdade, mesmo com as suspeições que podemos lançar à prática da medicina tradicional, há factos que provam a sua existência e eficácia em alguns segmentos. Por exemplo, na luta contra a obesidade, que em determinados países constitui um problema de saúde pública, produtos naturais e métodos tradicionais são utilizados para alcançar tal objetivo. Muitos outros produtos vegetais estão sendo recomendados por praticantes da medicina natural para combater o colesterol, a diabetes, a pressão arterial, entre outras enfermidades, com testemunhos de cura aceitáveis, tendo-se muitas vezes provado a cura pela medicina convencional. O outro elemento que pode ser apontado como exemplo da existência da prática da medicina tradicional é a utilização de medicamentos homeopáticos, aqueles produzidos a partir de substâncias extraídas do mundo vegetal, animal e mineral, sem os efeitos próprios dos componentes químicos dos medicamentos convencionais.

O modelo de assistência sanitária em que a medicina tradicional deve assentar é o da medicina integrativa, “principalmente nos cuidados primários de saúde”. É neste sentido que a estratégia de implementação da PNMTTC determina que a sua medicina tradicional e complementar deve contribuir para o alargamento a todo o país das ações de saúde desenvolvidas pelo Ministério

da Saúde, principalmente no que se refere à atenção primária, reforçando o chamado “Programa de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde”.

Não estando até ao presente regulamentada a organização da assistência médica tradicional e complementar, nem foram criados centros de referência para o seu desenvolvimento. Por isso, pode afirmar-se que, não estando aprovados e institucionalizados os seus procedimentos e modalidades, a sua atividade deve estar de acordo com o nível de atendimento do SNS, no sentido de minimizar os possíveis danos que daí podem advir. Aliás, a OMS admitiu que o uso abusivo e inadvertido de plantas medicinais constitui hoje um problema de saúde para as populações, em particular pela sua toxicidade que não é tecnicamente controlada (Igor, 2022).

Resulta desta situação que há em Angola dificuldades de enquadramento jurídico desta ativa atividade, pois há terapeutas e parteiras tradicionais sem estarem regulamentados os seus atos. Daí que um primeiro exercício a ser feito seja, com certeza, o de saber como responsabilizá-los civilmente?

A ausência de uma associação profissional dos praticantes da medicina tradicional e complementar que lhes poderia conferir estatuto profissional, e quiçá títulos por especialidades, torna impossível a responsabilização disciplinar sobre os seus membros disciplinarmente sobre o seu próprio joio. Sem “certificado de garantia técnica e ética”, como poderá ser sindicado o comportamento profissional do “médico tradicional”, ou como não poderá a falta de certificação técnica, nos limites da ética e da moral, não prejudicar e até ser um ato de insulto que atinge o prestígio dos “verdadeiros médicos”? Se está a ser (às cegas e com cumplicidade) admitido o exercício de uma profissão (?) por alguém cujas qualificações profissionais e éticas não foram testadas, sendo na prática “equiparadas” aos médicos convencionais, interagindo com os doentes, tocando nos seus corpos sem os devidos cuidados éticos, diagnosticando doenças e administrando medicamento sem preparação e certificação científica, não podemos falar em medicina.

O médico está adstrito a “curar algumas vezes, aliviar com frequência, confortar sempre”. Esta é uma afirmação famosa e muitas vezes repetidas nas faculdades de medicina pelos professores e cientistas da área da saúde, cuja paternidade tem sido atribuída a Hipócrates. É por demais notório o progresso técnico e tecnológico que a medicina vai registando, não se podendo negar que hoje o processo curativo é maior do que no passado. Não significa que não continuamos a morrer - a morte é uma fatalidade do homem – mas o estado atual da ciência médica leva-nos a concluir, sem muita margem de erro, que ganhamos terreno na luta contra a



morte. Estes avanços surgiram à custa de muita investigação e formação. Foi à custa de muita disciplina funcional, rigor e observância dos cânones da profissão médica e dos outros profissionais da saúde, ou seja, as *leges artis* tiveram de ser abertas à evolução de boas práticas da arte médica e fechadas às más práticas. Ora, se a prática da medicina tradicional e complementar em Angola carece deste mosaico regulamentar, facilmente serão detetados, não já pelos seus pares, mas pelos utentes, os erros “médicos” e a evidente carência de humanismo (não de compaixão humana, mas daquele olhar o doente sem o diminuir, sem inferiorizar).

A medicina convencional também tem falhas, não é uma ciência exata, e muitas das falhas que aí se registam podem ser reparadas com amor e dedicação. Quando não se entende esta importante questão, quando o “médico tradicional” apresenta a sua arte imbuída da fantasia do seu conhecimento, deverá pagar pelas consequências do insucesso. Poderá ser um “pecado” imperdoável, se se mantiver perante os atuais praticantes da medicina tradicional a atitude de deixá-los funcionar sem regulação, praticando atos próprios do médico, administrando substâncias sem qualquer certificação científica.

Princípios para a implementação da PNMTC

Num quadro de sérias dificuldades sobre a eficácia dos seus resultados, nada mais acertado do que estabelecer um conjunto de princípios que visam a correta implementação. A sistematização da apresentação dos princípios utilizada pelo Decreto Presidencial é criticável. Entendemos que o princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana deveria ser o primeiro, até porque é um princípio fundacional da nossa República e o direito por nós praticado é de índole personalista. Vamos então discorrer sobre a forma como a lei se apresenta:

a) Princípio da Inter-Setorialidade

Garante a participação de todos os órgãos do Estado e da sociedade civil no desenvolvimento da medicina tradicional e complementar no país. A promoção e a defesa da saúde pública, dispõe o art. 1, nº 2 da lei de bases do sistema nacional de saúde, “são efetuadas através da atividade do Estado e de outros agentes públicos ou privados, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade”. Ainda assim, é bom saber que a medicina é um elemento central do Estado Social e tal determinação não resulta apenas da Carta Magna, mas também de vários instrumentos internacionais, designadamente:

- Na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO de 2005 – art. 14º;
- No Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais – art. 12º;

- Na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos – art. 16º.

Este princípio anuncia a necessidade, em primeiro lugar, do envolvimento de regulação de políticas públicas na medicina convencional e na medicina tradicional e complementar, compensando-se, para que a relação entre profissional-paciente seja o mais humanizante possível, os cuidados nos dois ramos de medicina sejam considerados nas mais diversas dimensões da pessoa humana. Levanta-se aqui, a título meramente exemplificativo, a possibilidade de identificar aspetos com a integração de forma multidisciplinar de equipas de trabalho em ambiente hospitalar e uma oferta e articulação dos serviços dos dois ramos, devido a uma possível complexidade da técnica e tecnologia aplicadas. Em segundo lugar, a organização dos serviços de saúde (convencional e tradicional) deve estar feita no sentido de atender de forma abrangente às necessidades da população aonde funcione o serviço nacional de saúde. Em terceiro lugar, perante os específicos problemas de saúde, as entidades públicas devem procurar responder com políticas específicas ou especiais.

Afinal, o que o princípio da inter-setorialidade propõe é a existência de uma articulação de saberes e experiências no processo de resolução de problemas complexos. A existência de vários setores atuando em simultâneo permite uma melhor compreensão dos problemas e a minimização de esforço, mais a maximização das soluções com eficácia (Junqueira & Inojosa, 1997).

b) Princípio da Equidade do Acesso aos Serviços da Saúde

Estabelece o direito dos cidadãos à equidade no acesso aos serviços nacionais de saúde. A lei que regula o nosso Sistema Nacional de Saúde determina no seu art. 13º (estatuto dos utentes), no nº 1, al. a) que o utente tem direito a “escolher, no âmbito do sistema de saúde na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores”.

O direito à saúde sendo um direito socio-constitucionalmente consagrado, caracteriza-se como um direito universal, geral e tendencialmente gratuito, pelo que o acesso por parte de todos não deve ser limitado; pelo contrário, o direito ao seu usufruto deve estar assegurado pelo Estado como um dever, conforme art. 21º, al. d) da Constituição, que determina “promover o bem-estar, a solidariedade social e a elevação da qualidade de vida do povo angolano (...)” e a al. f) “promover políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde”, sendo, por isso mesmo, o acesso dos cidadãos a um sistema de saúde uma das tarefas do próprio Estado de direito democrático.



Do eixo de argumentação aqui exposto se conclui que a implementação da medicina tradicional e complementar poderá servir para que se alcance o desiderato constitucional do gozo de altos padrões de saúde que um Estado pode oferecer, até porque constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano.

c) Princípio da Institucionalização do Conhecimento Tradicional

Garante a qualidade e a capacitação das instituições de ensino para a transmissão do conhecimento tradicional, complementar e crenças, através de regras, normas para a prestação e expansão dos serviços de saúde. É um princípio da maior importância, mas, infelizmente, não há em Angola escola especializada no conhecimento tradicional nem instituições cujo curriculum programático contenha disciplinas com estas matérias.

d) Princípio da Garantia de Qualidade

Os serviços de saúde fornecidos pelos profissionais de medicina tradicional e complementar devem obedecer, com rigor, à eficácia, segurança e exigência dos padrões de qualidade de saúde a nível nacional e internacional.

É de exigir que esteja já publicada a lista nacional de medicamentos essenciais, o formulário nacional de medicamentos, o índice terapêutico e a farmacopeia angolana. Sem estes elementos oficialmente publicados, será difícil o controlo da utilização dos medicamentos e dos procedimentos terapêuticos a serem utilizados na medicina tradicional e complementar. Aliás, o Decreto Presidencial nº 136/21, de 1 de junho, que cria a Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde, estatui no art. 4º, al. 1) que a Agência deve “Estabelecer normas para monitorar e gerir o risco de medicamentos no prazo e expirados, assim como a qualidade das tecnologias de saúde após colocação no mercado, incluindo a identificação dos remédios tradicionais”. Ora, esta atribuição da Agência Reguladora não será exitosa se a lista antes referida não tiver sido aprovada e publicada.

e) Princípio do Respeito pelos Valores Éticos

O exercício da medicina tradicional e complementar deve respeitar os mesmos princípios éticos preconizados pela medicina convencional, garantindo a segurança, privacidade e confidencialidade dos utentes.

A complexidade da atividade médica leva a que as normas jurídicas nem sempre sejam capazes de resolver com alguma segurança os problemas daí advenientes. No quadro da autodeterminação dos doentes à liberdade terapêutica do profissional de saúde haverá de certeza

zonas em que haverá necessidade de harmonizar uma relação de confiança entre paciente-médico sem necessidade de beliscar a autonomia de cada uma das partes. Este discurso não visa afastar a ética do direito, ainda que a ética não seja coerciva, no entanto, as exigências que a ética impõe aos profissionais da saúde é acolhido pelo direito como um dever jurídico. É por isso que deve ser valorizada a auto-regulação dos profissionais da saúde na medida em que eles conhecendo melhor os meandros da sua atividade estão em melhores condições de disciplinar o comportamento dos seus pares. Sendo a deontologia, enquanto disciplina da ética ajustada ao exercício da profissão médica, manifestada através de código (deontológico), a mesma profissão não se basta com princípios éticos, mas estabelecem normas e procedimentos cuja função é, não apenas regulatória, mas também sancionatória (Gomes, 2016, p. 84).

As questões importantes que necessariamente se inter-relacionam são:

- Questões relativas ao início e ao fim de vida;
- Os problemas ligados aos custos, acesso e justiça;
- Sobre decisão e consentimento informado; e
- Sobre as diretivas antecipadas de vontade.

Nestes termos, e como já referido supra, os reflexos da ética na beneficência e na não maleficência correspondem ao respeito pelas *leges artis*, pelo específico cumprimento dos deveres de cuidado que se alicerçam num conjunto de “normas de orientação, guidelines, protocolos elaborados pelas sociedades científicas e pelas escolas médicas e pelos serviços hospitalares” (Pereira, 2015, p. 895), que acabam por constituir um verdadeiro poder da classe dos profissionais de saúde, exercendo significativa influência, se não mesmo determinando posicionamentos judiciais, na medida em que são estes profissionais os peritos que, com o seu saber, vão «levantar o véu» das dificuldades de estabelecimento normativo e dogmático de questões sobre a ilicitude, a causalidade e a culpa.

f) Princípio da Sustentabilidade

A prática da medicina tradicional e complementar quanto ao conhecimento tradicional é parte integrante do património cultural e histórico dos cidadãos angolanos, deve garantir a conservação da biodiversidade e preservar a sustentabilidade dos recursos naturais.

A PNMTC, no ponto referente ao asseguramento do desenvolvimento das plantas medicinais, sua conservação e proteção da biodiversidade, impõe a inventariação das plantas utilizadas tradicionalmente no tratamento de enfermidades por forma a permitir a planificação, seleção e cultivo de plantas medicinais que acudam às necessidades de consumo da população – como é



a droga vegetal, ou o volume de matéria-prima vegetal para a produção industrial ou local de medicamentos filoterápicos que respondam às necessidades de comercialização.

Igualmente se impõe a elaboração de instrumentos normativos que regulem o acesso às plantas medicinais e aos recursos genéticos. Elaboração da política nacional de plantas medicinais e filoterápicas para garantir à população angolana acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e filoterápicas, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional.

O Estado está incumbido de promover e organizar o cultivo em larga escala e a conservação de plantas medicinais devidamente estudadas usadas no fabrico de produtos da medicina tradicional e complementar; e de apoiar a criação de plantas domésticas, zonas botânicas e viveiros de conservação, assegurando que a medicina tradicional seja devidamente considerada nos planos nacionais de desenvolvimento para a preservação da diversidade biológica.

A nossa Magna Carta estatui no art. 39º, nº 2 que,

“O Estado adota as medidas necessárias à proteção do ambiente e das espécies da flora e da fauna em todo o território nacional, à manutenção do equilíbrio ecológico, à correta localização das atividades económicas e à exploração e utilização racional de todos os recursos naturais, no quadro de um desenvolvimento sustentável e do respeito pelos direitos das gerações futuras e da preservação das diferentes espécies”.

g) Princípio da Exclusividade

Os praticantes da medicina tradicional e complementar devem exercer as suas funções única e exclusivamente dentro da implantação das estratégias da presente política. Não havendo regulamentação específica sobre a organização e funcionamento deste setor complementar da saúde convencional, é difícil fazer uma abordagem consistente sobre este princípio. A estratégia contida na PNMTC só será exequível, e assim o presente princípio aplicável, quando todos os instrumentos jurídicos recomendados para a sua aprovação for um facto.

h) Princípio do Respeito pela Dignidade da Pessoa Humana

Os praticantes da medicina tradicional e complementar devem, no exercício das suas funções, respeitar a dignidade da pessoa humana, em especial os direitos e garantias fundamentais das crianças, idosos, mulheres e pessoas com deficiência.

A dignidade da pessoa humana enquanto princípio estruturante do nosso Estado é um «dado prévio» (a precondição) da legitimação da República (Canotilho & Moreira, 2007, p. 199).

Nestes termos, o Estado Social deve ter como ponto de partida e de chegada a pessoa humana com dignidade, entendida como um valor autónomo e específico que impõe respeito e proteção. A dignidade da pessoa humana deve ser aqui compreendida numa dimensão “aberta e carecedora de prestações que legitima e justifica a sociabilidade, traduzida, desde logo, na garantia de condições dignas de existência” (Canotilho &Moreira, 2007, p. 199).

O facto de o princípio da dignidade ter sido formalmente recebido na Carta Constitucional, a força de valor moral da dignidade da pessoa humana legitima a força normativa da Constituição de um Estado de Direito, materializador da sua dimensão social, configurando-se assim um dever-ser jurídico, manifestando-se como vínculo da atuação dos poderes do Estado (dos demais setores públicos e privados) pelo respeito dos ditames de uma vida com dignidade. Esta vinculação moral do Estado, obriga-o também a proceder no sentido de tomar medidas preventivas e de proteção da própria dignidade do ser humano contra toda a atuação que a possa colocar em perigo (Novais, 2004, p. 51).

Assim, a institucionalização da medicina tradicional e complementar deve ter por farol a proteção de pessoas em situações especiais (doentes) que possam ser atentatórias da sua dignidade, assumindo deveres públicos para a sua concretização.

i) Princípio da Responsabilidade

Os praticantes da medicina tradicional e complementar são responsáveis, civil e criminalmente, pelos danos pessoais e patrimoniais causados aos pacientes no exercício das funções.

Se a medicina convencional, que vem sendo objeto de uma evolução técnica e tecnológica a um ritmo considerável, não é alheia ao surgimento de danos aos pacientes, o mesmo se pode afirmar da medicina tradicional. Os praticantes deste tipo de medicina, terão de ser responsabilizados pelos seus atos, pelos riscos que essa atividade envolve e pela natureza dos danos. Pensamos que a responsabilidade deve ser extensiva aos estabelecimentos que acolhem tais praticantes, primeiro em virtude da natureza da prestação dos cuidados de saúde, se em local público ou privado, e porque a “implementação da medicina tradicional e complementar no Sistema Nacional de Saúde deve contribuir para o alargamento em todo território nacional das ações de saúde que são desenvolvidas pelo MINSA” (PNMTC), e ainda em virtude da “elaboração do diagnóstico da medicina tradicional e complementar no país, quer no sector público quer no privado para o devido enquadramento legal”.



Responsabilidade Civil: Enquadramento

A responsabilidade civil visa, de uma forma geral, o cumprimento de três funções que devem obedecer ao princípio ético-axiológico da responsabilidade. Esta exigência está radicada na ideia ético-personalista da dignidade da pessoa humana, base de todo o direito, pelo menos o nosso de origem judaico-cristã. Um dos primeiros efeitos deste sentido é a ligação entre a responsabilidade e a liberdade. Assim, ao responsabilizarmos alguém, estaremos a posicionar o indivíduo como pessoa cuja individualidade não consente qualquer tratamento como objeto. Daí que a primeira e derradeira responsabilidade civil é a afirmação da pessoalidade de cada um de nós.

A função ressarcitória é a que num primeiro plano desvela a ideia de que a responsabilidade civil está centrada na ideia da reparação ou indemnização, pois é o instrumento através do qual aquele que, por ação ilícita e culposa de outrem, sofreu um prejuízo, torna-o indemne (Barbosa, 2017, p. 43). A reparação do dano seria operada através da restauração natural, através de um equivalente ressarcitório ou mediante uma recompensa quando estejam em causa danos não patrimoniais.

A função preventiva e sancionatória: quanto à primeira, pode dizer-se que funciona no sentido de se perceber se sobre o lesante haverá a obrigação de reparação, devendo no plano da ação tomar determinados cuidados por forma a evitar o surgimento de danos nas pessoas com quem ele está em intersubjetividade; dito de outra forma, é a função que incentiva os potenciais lesantes a serem mais cuidadosos e diligentes ex ante, sob pena de, ex post, poderem vir a ser responsabilizados (Cascão, 2021, p. 397). É, na verdade, uma forma de alerta, de prevenção de comportamentos futuros causadores de danos de forma ilícita e culposa. Tendo presente a sanção que na atividade médica recai sobre a possível violação dos deveres objetivos de cuidado, determinados de forma injuntiva pelas *leges artis*, os profissionais da saúde estão por isso mesmo alertados para regerem o seu comportamento por um padrão elevado de competência, diligência e prudência. Quanto à função sancionatória, ela visa estabelecer, casuisticamente, a diferenciação relativamente ao quantum indemnizatório, designadamente com a possibilidade de “redução da indemnização por juízos de equidade, em função da negligência, e de se exigir a culpa, em regra, como pressuposto da obrigação ressarcitória” (Barbosa, 2017, p. 46), ainda que aqui a autora lusa chame a atenção para alguns cuidados com esta conclusão, nomeadamente tendo em conta os problemas dos chamados danos putativos,

chamados danos morais ou extrapatrimoniais, e a questão das formas de socialização dos danos, neste último apontamento apoiando-se nos estudos de Castanheira Neves².

Por fim, a função punitiva. Há uma discussão em torno desta função. Alguns autores defendem, a partir de justificações assentes na unidade do sistema jurídico, que a função da pena que em princípio seria própria da decisão em direito penal pode ser aplicada no direito civil nos casos em que a lei diretamente assim determine. Os defensores desta tese invocavam a cláusula penal como exemplo para justificar que aqui há uma verdadeira pena, a qual, apesar de ser escolha das partes, foi na verdade estipulação legislativa, como nas situações da indemnização por danos não patrimoniais, uma vez que, não sendo possível mensurar economicamente os danos morais, o estabelecimento de uma indemnização funcionaria como uma pena para o responsável da causação do prejuízo e como uma compensação para quem sofreu o dano. Há, pelo contrário, quem entenda que, mesmo admitindo esta função, tem outras justificações (Barbosa, 2017, p. 57 s.). São ainda avançados outros argumentos de inegável condão normativo e dogmático e de grande valor, mas é um debate para o qual aqui e agora não daremos grande contributo, limitando-nos a evocar esta Professora de Coimbra. Para ela, e a propósito do art. 494º do Código Civil, na determinação do quantum indemnizatório haverá a obrigatoriedade de observar as circunstâncias específicas delimitadas pela norma, designadamente a culpabilidade do sujeito e a situação económica das partes e demais circunstâncias do caso. Avança, concluindo que,

“a nossa base de determinação da indemnização será outra. Parece-nos, portanto, mais consentâneo com a realidade das coisas pensar que a ponderação do grau da culpa do lesante e da sua situação económica funcionam aqui já não como expediente de salvaguarda da sua posição jurídica, mas como critério de determinação do quantum necessário para que aquele apaziguamento possa, concretamente, funcionar. Unida ao artigo 496º a intencionalidade da norma constante no artigo 494º altera-se”.

Citando Stoll e Deutsch, a autora afirma que “a punição deve ser vista como um meio para a obtenção da pacificação do lesado”, e que o “«apelo à ideia de satisfação do lesado acaba por significar uma inversão na hierarquia» que coloca a função sancionatória numa posição subordinada em relação à função ressarcitória”. Depois de uma defesa da questão ética da responsabilidade civil, a autora remata,

² “Nótulas a propósito do estudo sobre a responsabilidade civil de Guilherme Moreira”, *Digesta – Estudos acerca do direito, do pensamento jurídico, da sua metodologia e outros*, vol. 1, pág. 475 seg.



“Dito de uma forma ainda mais direta, enquanto no caso dos danos patrimoniais o sentido do direito – assente na dialética liberdade versus responsabilidade – se cumpre mediante um puro mecanismo reintegrador, no tocante aos danos não patrimoniais, a reafirmação da personalidade (ou seja, a responsabilidade no seu sentido mais puro) só é pensável se e quando o lesado se encontrar totalmente apaziguado. E isto só é visível com a entrada em cena de uma ideia estrita de punição, ainda que intrinsecamente associada à ideia de reparação”.

Responsabilidade civil (cont.)

É grande a dificuldade de enquadrar juridicamente o caso de responsabilização dos “técnicos” da medicina tradicional e complementar. Desde logo, deveriam estar organizados numa associação profissional. Como sabemos, os médicos têm a Ordem dos Médicos, existe a Ordem dos Enfermeiros, dos nutricionistas, dos dentistas, dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, etc. E os “profissionais” que aplicam a medicina tradicional: como serão tratados? Segundo a PNMTC, o terapeuta tradicional e complementar é alguém cujas capacidades se alicerçam nos conhecimentos tradicionais, quer sejam culturais e/ou sociais, visando o bem-estar mental, físico e social; mas o seu reconhecimento ou “autorização” para o exercício da atividade será o reconhecimento pela comunidade em que vive e o órgão competente da saúde, que não existe. Ora, não havendo órgão que atribua “certificado de garantia” para o exercício da função, como se poderá considerar legal a atividade dos terapeutas? Não nos parece seguro que o facto da comunidade em que o terapeuta esteja integrado seja elemento suficiente para tornar lícita uma atividade em saúde.

O nosso Código Penal, no art. 166º, cuja epígrafe é “intervenções e tratamentos médico-cirúrgicos”, dispõe no nº 1 o seguinte:

“Não se considera ofensa à integridade física a intervenção e o tratamento realizados por um médico ou por pessoa legalmente autorizada, de acordo com os conhecimentos e práticas da medicina, com a intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou diminuir doença, sofrimento, lesão, fadiga corporal ou perturbação mental”.

O facto de o Código Penal considerar lícita a ofensa à integridade física na intervenção e o tratamento realizado por pessoa legalmente autorizada, pode, procurando adotar um discurso prático-argumentativo e sistemático, levantar objeções à possibilidade de considerar legal a profissão de terapeuta ou praticante da medicina tradicional e complementar. Resistimos a aceitar que o “reconhecimento da comunidade” seja um instituto capaz de conter elementos de

intenção normativo-teleológica e axiológica que elevam a qualidade do terapeuta ou praticante de medicina tradicional a uma categoria jurídica suscetível de ser responsabilizante.

No mesmo sentido discursivo, mas noutro plano, o regulamento geral da ordem dos médicos angolano impõe, para além da licenciatura em medicina, a sua inscrição na Ordem. A inscrição é uma autorização do exercício da atividade e, com a autorização, o médico submete-se a um conjunto de deveres e beneficia de direitos que, ainda que com laivos de corporativismo, asseguram o profissional, transmitem confiança aos utentes e favorecem a regulação da sua atividade.

Como sabemos, a complexidade da atividade médica torna também complexa a convocação da responsabilidade civil enquanto figura jurídica com vocação de determinar o responsável pela reparação de danos causados, obrigando a que os seus pressupostos tomassem outro sentido teleológico e axiológico-normativo. Assim, não existe o código deontológico e de ética para os “profissionais” da medicina tradicional e complementar. O entendimento de Sinde Monteiro (1984, p. 9) é de que “serão de grande interesse v.g. para a concretização das cláusulas gerais de direito civil, como de apreciação da culpa”, oferecendo como exemplo o “dever de atualização científica”, defendendo também que as disposições de tal código podem ser utilizadas na interpretação e integração do “contrato de prestação de serviços médicos” (apud, Pereira, 2021, p. 3).

Outra grande dificuldade pode ser encontrada na necessidade de uma “densificação do conceito de ilicitude” (Pereira, 2021, p. 2 seg.). Os protocolos, as normas técnicas de boas práticas médicas, os standards médicos, as reuniões para consensualizar decisões sobre casos típicos, constituem as *leges artis*, de modo que quando ocorrer a sua violação, esta deve ser enquadrada no âmbito das normas de proteção, como a segunda forma de ilicitude prevista no art. 483º, nº 1 do Código Civil.

Depois da Revolução Industrial, foram introduzidas na prática clínica novas técnicas que, com as dificuldades de então, dificultavam a culpabilização do profissional de saúde, tornando-o imune à responsabilização. A própria sociedade lhe reconhecia dignidade, e já na segunda metade do século passado o valor do conhecimento científico elevou o respeito pelo saber médico, aumentando a confiança dos pacientes nas decisões médicas, de tal forma que o ato médico assentava numa caracterização binomial: a confiança do doente e a consciência do médico. Registou-se assim uma evolução nos diversos países, alterando-se os valores e regras do relacionamento entre doente e médicos. Com a consagração do Sistema Nacional de Saúde,



através da lei nº 21-B/92, de 28 de agosto, foi estabelecida a prestação de cuidados de saúde tendencialmente gratuitos, que obrigou o Estado a colocar mais e melhores equipamentos e recursos ao serviço dos médicos. Desenvolveu-se o conhecimento médico de forma muito rápida e segura e, ao mesmo tempo, deu-se início a um novo paradigma na relação médico/doente. Estes passaram a ser considerados “utentes” do SNS, e os médicos a “prestadores” de cuidados de saúde.

Como consequência natural deste novo efeito da medicina moderna, cresceram as oportunidades de tratamento, de escolha e de atuação, e registou-se o crescimento dos riscos. A evolução da ciência médica influenciou o entendimento cultural, social e jurídico dos profissionais de saúde; desde logo, a possibilidade da aplicação de modernos meios de diagnóstico e terapêutica refletiram-se na forma de ponderar os elementos de base da administração dos cuidados de saúde, designadamente a agressividade, perigosidade e complexidade. Do lado dos utentes, passou a entender-se que o acesso ao SNS significava certeza da cura. A existência de um serviço de saúde organizado quanto ao funcionamento, quanto aos meios de tratamento, significou um direito ao sucesso no processo de tratamento.

A impreparação que se pode registar nos praticantes da medicina tradicional, nomeadamente quanto ao conhecimento de práticas modernas de diagnóstico, de conhecimento e interpretação da lei, e a considerável falta de sensibilidade e de conhecimento da realidade da medicina tradicional e complementar por parte dos juristas, pode ter como resultado a tomada de decisões erradas. Colocam-se-lhes questões de défice de técnica e ciência, que suscitam interrogações sobre a sua qualidade; por outro lado, propõem decisões erradas na avaliação da responsabilidade dos praticantes da medicina tradicional, por não haver indicativos das *leges artis* próprias desta modalidade de medicina. Na verdade, a ausência de meios de diagnóstico próprios para a aplicação da medicina tradicional, o carácter inconclusivo que o diagnóstico pode ter por não compreensão da sintomatologia do doente, podem levar o terapeuta tradicional a decidir por um tratamento completamente adverso ao hipotético processo de cura.

O diagnóstico é o processo através do qual se permite a observação dos sintomas manifestados no doente com o emprego da ciência e da técnica, para se estabelecer conclusivamente o seu estado de saúde. Depois do diagnóstico, o médico determina o tratamento adequado. Portanto, um diagnóstico errado poderá induzir o médico a errar consecutivamente na determinação do tipo de tratamento e de medicação. Assim, podemos dizer que o diagnóstico é um avanço em direção à cura, uma vez que, sendo a condição humana limitada e insuficiente, leva ao cometimento de falhas e erros, que podem ser ultrapassados com o auxílio da ciência e da

técnica. Os laboratórios clínicos servem para confirmar a manifestação que o paciente declara e as enfermidades que os doentes não conheciam e que a sua simples declaração sintomatológica não é suficiente para determinar a doença e o seu tratamento. Foi neste sentido que Laín Entralgo (1982, p. 3-13) entendeu como fato histórico os médicos considerarem importante o diagnóstico, já que, ao empregarem uma técnica para a obtenção de um conhecimento mais apurado da enfermidade a ser tratada, poderão decidir o tipo de tratamento e de medicamento com mais precisão e maior probabilidade de cura.

Afinal, e como esclarece Matiello (2014, p. 73), o diagnóstico é o somatório da análise da sintomatologia e da aplicação dos conhecimentos teóricos e práticos do profissional de saúde, conexions com os indicadores científicos mais atuais da ciência médica. No primeiro contato, o médico deve realizar uma anamnese, estudando a sintomatologia do paciente, que deverá ser reforçada com a realização de vários exames, pois há doentes cujas características sintomatológicas aconselham a realização de variados e complexos exames para a obtenção de um diagnóstico mais preciso no quadro clínico do doente. Um exame correto oferece um diagnóstico correto, e este disponibiliza as condições corretas para um tratamento mais condizente com as *leges artis* e com as probabilidades científicas, afastando (ou minimizando) o chamado erro médico.

Ora, não há como transpor analogicamente o supradito para a atividade da medicina tradicional. Não temos conhecimento da existência de instrumentos modernos de diagnóstico a serem utilizados pelos praticantes da medicina tradicional. Sem a disponibilidade da ciência e da técnica para a realização de diagnósticos, a utilização única da anamnese pode criar condições ao erro de diagnóstico, pois a avaliação do médico poderá não ser compaginável com a real situação clínica do paciente. Perante esta situação, o mais provável é que o profissional de saúde possa ter uma percepção equivocada da situação clínica do doente, identificando de forma errada a doença, resultando em erro no procedimento de tratamento. Erros desta natureza podem ser fatais para os pacientes. Na medicina moderna ou convencional, ainda que o diagnóstico tenha sido realizado de forma errada, é necessário avaliar se no emprego da técnica e dos meios disponíveis o procedimento usado foi o correto. Sabemos que a ciência médica não é uma ciência exata. Também sabemos que a individualidade de cada um de nós faz com que o funcionamento do nosso organismo seja também singular, não havendo necessariamente identidade de sintomas: em muitas circunstâncias os sintomas são confusos. Assim, para que o erro do profissional seja suficientemente responsabilizante, deve estar vinculado à falta de



diligência, e aos deveres de cuidado, sopesando se em circunstância idêntica um outro profissional apontaria para o diagnóstico correto.

Para além da problemática do diagnóstico, coloca-se à medicina tradicional um outro problema agudo: o da responsabilização pela administração de medicamentos defeituosos. Devido à sua composição química e à atuação fisiológica do organismo humano, podem ocorrer reações adversas aos medicamentos. Os medicamentos são um elemento essencial nas nossas vidas: salvam-nas, tratam doenças, aliviam as dores e o mal-estar físico e psíquico entre outros benefícios (Silveira, 2013, p. 15). Ainda que nos ofereçam esses benefícios, não são um simples produto comparável; pelo contrário, são especiais, pois além dos benefícios, são propensos a causar danos. As potencialidades curativas andam ligadas à periculosidade, podendo levar à ocorrência de danos, resultando assim que a demonstração da capacidade científica e a aceitação social do medicamento assentam numa ponderação racional entre os benefícios e os riscos, que só é possível com o conhecimento do medicamento e o surgimento de possíveis reações adversas.

Quando as reações adversas forem inesperadas, porque não previsíveis ou desconhecidas aquando da colocação do medicamento no mercado ou aquando da prescrição pelo médico, não devem entrar no quadro da ponderação dos benefícios e riscos. Ora, será que, havendo alguém que sofreu danos na sua saúde em consequência de reações adversas por ter tomado um medicamento proveniente da farmacopeia tradicional africana, deverá suportar definitivamente os danos sofridos, ou terá direito a vê-los reparados ou indemnizados por quem os “fabricou” ou administrou, e em que termos?

Importa, em primeiro lugar, e como já referimos, aclarar que medicamentos procedentes da farmacopeia tradicional são misturas formuladas, compostos desenvolvidos por terapeuta tradicional, naturopata ou pesquisador, a partir dos conhecimentos ou informações procedentes da farmacopeia tradicional, e não de produtos ou compostos com certificação científica e técnica. Há aqui um grave problema sobre a sua dosagem no processo de “fabrico”, e outro também de dosagem no momento de administrá-lo. Não é (normalmente) conhecida a composição química das misturas formuladas ou dos compostos desenvolvidos, de sorte que se torna difícil a previsão de reações adversas ao corpo do paciente. Em segundo lugar, como socorrer-se da responsabilidade objetiva ou pelo risco se, em particular no caso angolano, não há laboratórios de farmacopeia tradicional nem as embalagens onde estão depositados os referidos medicamentos contêm informação sobre a composição química, a dosagem, as contraindicações e demais informação importante (há que reconhecer, entretanto, que já há

embalagens de medicamentos naturais [naturopata] com o rigor das convencionais), para haver uma certa precaução da parte de quem administra e do paciente. Estas duas situações colocam dificuldades na separação entre responsabilidade da “indústria farmacêutica” e da responsabilidade médica, que não se confundem, mas que acabam, em alguns casos, por estar ligadas. Não se pode conceber uma medicina sem medicamentos (Gonçalves, 2008, p. 133).

Se a prática da medicina tradicional vai funcionando sem a sindicância da ciência e da técnica, devemos então equacionar a problemática da responsabilidade. Na medicina convencional, a questão da insegurança dos medicamentos é transversal a muitas ciências, e o direito não se lhe alheou (Carla, 2008, p. 135):

“O medicamento apresenta-se como um meio de combate a um determinado problema de saúde, podendo abranger desde a sua prevenção, o seu controle, até mesmo a sua cura; em um segundo momento, deparamo-nos com a certeza de que todo o tratamento medicamentoso traz consigo riscos que lhe são inerentes. Ainda que todas as precauções sejam tomadas, no intuito de minimizar estes riscos, o controlo absoluto está fora de questão. É tão simples quanto isto”.

Sendo um meio de combate a problemas de saúde, o medicamento procedente da farmacopeia tradicional carece de autorização para a sua introdução no mercado demonstrando a sua eficácia. O órgão cuja finalidade é a regulação, regulamentação, orientação, licenciamento, fiscalização e controlo das atividades no domínio dos medicamentos procedentes da farmacopeia tradicional é a Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde (ARMED), aprovada pelo Decreto Presidencial nº 136/21, de 1 de junho, que no art. 4º (atribuições) determina, entre outras, o seguinte (...):

- c) Coordenar o sistema nacional de farmacovigilância e tecnovigilância dos medicamentos de uso humano e tecnologias de saúde;
- d) Efetuar o registo dos medicamentos de uso humano e tecnologias de saúde para efeitos de introdução no mercado nacional, bem como das plantas medicinais comercializadas; (...);
- f) Elaborar, propor à aprovação do órgão de superintendência e divulgar, após aprovação, a lista nacional de medicamentos essenciais, o formulário nacional de medicamentos, o índice terapêutico e a farmacopeia angolana; (...);
- l) Estabelecer normas para monitorar e gerir o risco de medicamentos no prazo e expirados, assim como a qualidade das tecnologias de saúde após colocação no mercado, incluindo a identificação dos remédios tradicionais; (...);



p) Proceder ao controlo de qualidade dos medicamentos e tecnologias de saúde.

Para a execução das suas atribuições, a ARMED tem estruturado organicamente serviços executivos, nomeadamente o departamento de medicamentos e tecnologia de saúde, departamento de licenciamento e inspeção farmacêutica, departamento de farmacovigilância, tecnovigilância e ensaios clínicos, e o departamento de controlo de qualidade de medicamentos e tecnologia de saúde. Está, assim, institucionalizado o controlo da atividade, pelo menos medicamentosa e farmacêutica, da medicina tradicional e complementar, ainda que não com o rigor e a especialização devidos. Falta na nossa ordem jurídica a organização da atividade dos praticantes da medicina tradicional.

Há registos de haver, em muitos lugares deste mundo comum, a aplicação da chamada prescrição off-label. Ela tem sido considerada como o uso de medicamentos que carecem de aprovação ou licenciamento por parte da autoridade responsável do país. Em consequência, não é possível garantir a sua segurança, fiabilidade ou eficácia, pois não foi objeto de testes, e carece dos pressupostos básicos para a sua comercialização (Matos, 2016, pá. 147). Há off-label quando um médico prescreve um fármaco para um determinado fim terapêutico não previsto no registo dos medicamentos de uso humano, nem foi objeto de licenciamento de um laboratório de controlo de qualidade - art. 4º, als. d) e h) do Decreto Presidencial nº 136/21, de 1 de junho. Outros conceitos foram elaborados e distanciam-se do que deixamos expresso, mas, por considerarmos não ser aqui a sede para a sua discussão, não faremos a sua confrontação. Aliás, como afirma Silva (2022, p. 1599), “existem diferentes tipos de off-label, distinguindo-se quanto ao seu fim e relação com o Resumo de Características do Medicamento (RCM)”.

Será que podemos incluir os medicamentos da farmacopeia africana na lista de medicamentos cujo consumo e comercialização não foram objeto de autorização, mas que podem, ainda assim, e em determinadas condições, ser objeto da prescrição off-label? Em contraposição a este tipo de prescrição, há a on-label, cuja prescrição é realizada em consonância com as características do medicamento e da doença detetada (em alguns casos, com as características do paciente), especificando os casos do seu uso e a demais informação constante num folheto. Mas, a administração de um medicamento sem a comprovação da autoridade competente, ainda que não possa constituir ilícito, necessitará da observância de questões éticas. A primeira dessas questões parece estar ligada ao consentimento informado do paciente, pois este precisa de ter informação e de estar consciente da natureza do medicamento que lhe foi prescrito. Aliás, o consentimento informado constitui uma prerrogativa decorrente do princípio constitucional da autodeterminação e da tutela da integridade física e moral dos doentes, pelo que o seu reverso

é a liberdade terapêutica do médico (*rectius*, do profissional de saúde), a qual constitui um dos princípios fundamentais da sua atividade profissional. A liberdade de prescrição, corolário da liberdade médico-terapêutica, corresponde à liberdade de o médico livremente poder prescrever o que considera, no caso concreto, ser a melhor terapia para a cura e recuperação do seu paciente, que deve assentar numa motivação livre, sem influências estranhas ao bem-estar do paciente. De resto, ainda que no campo da medicina convencional o Código Deontológico e de Ética da Ordem de Médicos de Angola determine que, “ o médico deve procurar esclarecer o doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnósticos que pretende aplicar”, e, antes de adotar um método de diagnóstico ou terapêutica, considerar “arriscado, o médico deve obter, de preferência por escrito, o consentimento do doente ou de seus pais ou tutores se for menor ou incapaz, ainda que temporariamente” – arts. 28º e 29º respetivamente.

Em segundo lugar, e porque muitas vezes a prescrição *off-label* ocorre por duas ordens de razões: porque a prática e a experiência demonstraram a eficácia daquele medicamento; ou porque tal medicamento está a ser objeto de ensaios clínicos e o nível dos estudos e a necessidade de uso de uma melhor terapia asseguram que a sua utilização será um caminho para o futuro de novas terapias para doentes. Aos argumentos deixados expressos podemos também agregar o de que a carência de medicamentos na nossa realidade e a experiência (bem como a boa aceitação por parte dos utentes dos serviços de medicina tradicional e complementar) na prescrição de medicamentos provenientes da farmacopeia tradicional tornou-se prática rotineira, tornando o contato entre aquele profissional e o paciente uma relação de confiança suficiente para nivelar o risco de tal prática com os benefícios para os pacientes. Acresce ainda o facto de que a prescrição *off-label* não é ilegal: nem há uma lei que a proíba expressamente, nem muitos menos a sua prescrição é incorreta. A qualidade terapêutica dos fármacos tradicionais não está umbilicalmente ligada ao estatuto de licenciamento, mas não devem ser nunca postas em causa as questões relativas à segurança resultantes de vários fatores clínicos, e as questões éticas. A prescrição destes medicamentos deve ser decidida tendo em atenção a indicação clínica, as opções terapêuticas e a análise risco-benefício. Sopesar estes indicadores é ser prudente e diligente.

Há um exemplo de utilização de um produto natural que tem sido usado largamente para fins medicinais na Europa e nos EUA com comprovação científica: o estupefaciente. A plantação e o consumo de estupefacientes não está autorizada em Angola, apesar de no âmbito das suas atribuições a ARMED “estimular a aplicação dos convénios e tratados internacionais relativos



aos estupefacientes, substâncias psicopatas e percursoras”. No entanto, a experiência prática vem demonstrando que é utilizado na cura de várias doenças respiratórias e asmáticas, no tratamento de doenças em aves e gados diversos. Esta é uma realidade incontornável que urge ser ordenada pelo direito.

Com as dificuldades acabadas de referir, outro problema se coloca na prática da medicina tradicional e complementar: o consentimento do doente. Do outro lado do direito ao consentimento está o dever do profissional de informar sobre os riscos mais importantes e mais frequentes sobre determinado tratamento e medicação. Portanto, o consentimento informado é um pré-requisito para uma intervenção médica; aliás, não teria o Código Penal previsto no art. 34º que “o consentimento do ofendido exclui a ilicitude do facto quando se referir a interesses livremente disponíveis e o ato não for contrário aos bons costumes e à dignidade da pessoa humana”. Ora, para que se possa considerar que o paciente ofereceu o seu consentimento de forma consciente, livre e esclarecida, é exigível que o profissional de saúde tenha domínio cientificamente qualificado para emitir as informações sobre o risco da terapêutica e do medicamento, e as alternativas a eles (Pereira, 2016, p. 165). O direito à informação no contexto em análise deve ser considerado de forma ampla, para nele conter não apenas o esclarecimento sobre a opção do tratamento na área da medicina tradicional, mas também o esclarecimento sobre a qualidade e a segurança destes cuidados de saúde.

Será, então, que os terapeutas ou praticantes da medicina tradicional e complementar são irresponsáveis pelos danos que eventualmente possam vir a causar? Não. Uma coisa é a ilegalidade da atividade (o exercício ilegal de função, enquanto crime que o Código Penal prevê sob a epígrafe de “usurpações de funções”, cuja pena vai até 2 anos ou com multa até 240 dias) e outra é a responsabilidade civil, observados os seus pressupostos. Assim, a consulta, o diagnóstico e a prescrição de uma receita para a administração de medicamentos procedentes da farmacopeia tradicional, bem como o tratamento, constituem as relações jurídicas, i.e. aquele conjunto de vínculos formados dialeticamente e dirigidos pela intencionalidade predicativa da juridicidade evidenciada no sistema normativo (Muniz, 2017, p. 273). Tais relações juridicamente vinculativas são as que constituirão o processo de causação dos possíveis danos e, portanto, a existência de dois sujeitos (ou partes) cujos pólos se contrapõem, caracterizados pelo facto de um ser lesante e outro lesado.

Não faremos uma abordagem ao campo da responsabilidade contratual, não por irrelevância do mesmo, mas porque a natureza do campo investigativo selecionado dá preferência à responsabilidade extracontratual. O desenvolvimento das sociedades contemporâneas e o cada

vez maior envolvimento de vários setores concorrentes para os cuidados de saúde exigem perquirir as melhores soluções jurisprudencialmente capazes de solucionar os problemas resultantes da atividade dos profissionais na vasta área da saúde.

Nas situações em que seja razoável considerar que o sistema normativo permite determinadas práticas de medicina tradicional e complementar, deve ser deste ângulo que devemos partir para justificadamente abordarmos a responsabilidade aquiliana dos praticantes deste tipo de medicina. Nunca ficará de fora a responsabilidade objetiva, avaliando-a a partir sempre de um fator fundamentador da responsabilidade civil: a ação fundada na personalidade livre e responsável. Esta compreensão transporta-nos para uma realidade jurídica que é aquela que liga a imputação objetiva a uma esfera de risco, que pode ser assumida pelo sujeito, num primeiro momento entre ele e o lesado, e num segundo momento na sua intercomunicação em sociedade. Transportado para a realidade em estudo, diríamos que o risco pode resultar no contacto entre profissional e paciente, e noutra patamar resultar do ambiente geral dos cuidados de saúde.

Como vimos supra, a Agência de Medicamentos deve elaborar e publicar os medicamentos que devem ser ministrados. Como também já dissemos, não há instituição neste momento com capacidade técnica e científica para avaliar e aprovar medicamentos de origem da farmacopeia africana. Com estas dificuldades, é difícil o utente saber se está ou não a tomar um medicamento com comprovação técnica. Imagine-se as reações danosas destes medicamentos se deverem ao facto de não serem apropriados para uso humano, e este facto só não foi detetado porque não houve avaliação científica de tais produtos naturais. Além da responsabilidade que pode ser assacada à ARMED, por omissão do dever de agir (não cumprimento das suas atribuições), o praticante da medicina tradicional também pode ser responsabilizado pela prescrição de um medicamento que não estava registado (não consta da lista nacional de medicamentos nem do índice terapêutico e da farmacopeia angolana) pelas autoridades competentes como sendo para uso humano.

Determina o art. 493º, nº 2 do CC que:

“Quem causar danos a outrem no exercício de uma atividade, perigosa por sua própria natureza ou pela natureza dos seus meios, é obrigado a repará-los, exceto se mostrar que empregou todas as providências exigidas pelas circunstâncias com o fim de os prevenir”.

A primeira observação a ser feita é a de que a perigosidade especial prevista neste preceito deve ser aferida a priori e não depois de ocorrido o resultado. A outra é que estamos perante uma imputação delitual, dependente de culpa, ainda que presumida. Também importa advertir que a



norma em causa não define que atividades devem ser consideradas perigosas, sendo necessária uma apreciação casuística e tendo em consideração as circunstâncias. Podemos adotar aqui a definição oferecida por Vaz Serra (1959, p. 377) segundo a qual, são perigosas as atividades “que criam para terceiros um estado de perigo, isto é, a possibilidade ou, ainda mais, a probabilidade de receber um dano, uma probabilidade maior de que a normal derivada das outras atividades”. Por sua vez, Antunes Varela (1988, p. 51) entende que a norma em questão visa o exercício de atividades perigosas, mas o legislador quis apenas referir-se àquelas operações profissionais que pela sua especial perigosidade requerem medidas especiais de prevenção. Pensamos estar dentro deste quadro a atividade médica ou, de forma mais ampla, a atividade dos profissionais de saúde.

Ainda em atenção à norma objeto de teste, coloca-se o problema de saber qual o nível de periculosidade exigível na atividade médica, até porque, e como fomos fazendo referência, à atividade médica é inerente uma componente perigosa, pela sua natureza e pela natureza dos meios que utiliza. A norma, no contexto da atividade médica, parece determinar que a sua periculosidade só tem efeito se couber no regime da presunção da culpa, pelo que o risco intrínseco à atividade médica não implica a aceitação única da responsabilidade objetiva, como também o perigo inerente a esta atividade não arrasta, de forma completa e acabada, o exercício médico para o regime dos danos causados por atividades perigosas. A evolução da ciência médica e o alargamento para áreas complementares com o objetivo de tornar eficientes e eficazes os cuidados de saúde, fez-se acompanhar do (e alargar o) espetro do perigo/risco. No atual contexto em que se regista uma ampla e cada vez mais exigível atividade moderna de saúde, agudizou-se e proliferou a tipologia de danos, destacando-se aqueles que surgem sob a “marca do anonimato”, palavras catalogadas por Sinde Monteiro (1983, p. 18). Pelo facto de haver dificuldades de identificação do autor do dano e de se estabelecer a causa do referido dano, o risco tem sido considerado um duplo critério em matéria de imputação delitual, o qual, segundo Barbosa (2014, p. 195), na imputação objetiva do dano ao seu agente, seria “com base na assunção de uma esfera de risco e no cotejo dela com outras esferas de risco (titulados pelo lesado, por um terceiro ou pela própria realidade natural e social)”, bem como ao nível do ónus da prova, entendendo a autora que o lesado terá apenas de “provar a edificação de uma esfera de risco e a existência de um evento lesivo”, colocando o julgador numa situação de dispensado da procura de outras soluções, pois “o lesante assume também o risco processual” por imperativo da “edificação de uma esfera de risco/responsabilidade”.

De facto, há praticantes da medicina tradicional e complementar, e há utentes destes serviços. A regulamentação deste tipo de medicina é bastante incipiente, como de resto deixámos já dito, havendo apenas os dois decretos presidenciais sobre a Política Nacional da Medicina Tradicional e Complementar e o Estatuto da Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde. Neste último, faz-se alusão muito simples aos “remédios tradicionais”, ou à competência de o Departamento de Medicamentos e Tecnologias de Saúde (art. 12º, nº 2), “gerir a base de dados sobre os remédios tradicionais e propor a regulamentação do seu uso racional” e “elaborar e atualizar as normas de padronização e do registo dos (...) remédios tradicionais”, devendo por fim, “emitir parecer sobre o registo (...) de remédios tradicionais”. Na falta de outros instrumentos jurídicos, os dois supraditos poderão servir de faróis para que o Direito não deixe de atender à resolução dos litígios que nesta área possam surgir. Aliás, continuando na esteira do pensamento de Mafalda Miranda Barbosa, em todo o dano surgido da relação estabelecida entre os praticantes da medicina tradicional e os seus utentes deverá ser questionado o tipo, a dimensão e a sua extensão, a dificuldade que o paciente lesado pode encontrar em tribunal para a produção da prova e a necessidade especial de tutelar o bem jurídico vida e integridade física e psíquica, os quais justificam sempre uma obrigação de indemnizar.

Pode jogar a favor deste posicionamento o facto de na prática estar em funcionamento a medicina tradicional, e os seus utentes se vincularem às suas práticas de forma reiterada, fazendo surgir aí uma certa intenção de obrigatoriedade de aceitação dos seus resultados. Advirta-se, para compreender o sentido e alcance do costume, que a Constituição admite a existência do costume com a mesma força jurídica que a lei tem, desde que não seja contra a mesma Constituição ou contra a dignidade da pessoa humana (art. 7º). Segundo o princípio da aplicação imediata das normas constitucionais, para que aquele preceito possa ser convocado e assim se aceitar a prática tradicional da medicina, e aí poder estar constituída a sua juridicidade, aquelas práticas costumeiras de cura e prevenção de doença têm as suas relações constituídas como manifestações costumeiras cuja normativa está em vigor. Como bem ensina Castanheira Neves (1995, p. 55), “o direito é a normatividade histórico-comunitariamente assumida justamente como direito, e tê-lo-emos nesses termos sempre que estivermos perante um jurídico dever-ser que é”.

Depois deste caminho percorrido, podemos afirmar que admitimos haver direito vigente ainda que não tenha sido formalmente prescrito, como é o caso sob análise: a medicina tradicional, com as relações aí decorrentes (constituintes do direito consuetudinário). Em segundo lugar, a



experiência jurídica constitutiva do direito e da sua vigência normativa permite-nos concluir que o específico modo de ser das relações médico/paciente no âmbito da medicina tradicional e a específica existência histórico-comunitária da normatividade das referidas relações, convocam o direito para a resolução judicativa dos litígios causadores de danos. Há uma consciência jurídica geral da comunidade na aceitação da prática da medicina tradicional e funciona como elemento de “pressuposição axiológico-normativamente material e comunitariamente histórica do princípio normativo fundamentadamente constitutivo do direito” (Neves, 2005, p. 65).

Nestes termos, e em jeito de conclusão, como em toda a atividade do profissional de saúde, quem exercer a medicina tradicional e complementar pode ser responsabilizado pelos danos que vier a causar aos seus pacientes. É difícil estabelecer as balizas das *leges artis* do praticante da medicina tradicional. Mas, a bem da defesa da vida e da integridade física e psíquica da pessoa, o reconhecimento contido na PNMTC reconhece, na sua introdução, que “a saúde é um direito fundamental e cabe ao Estado garantir o direito à assistência médica e sanitária, assegurando os meios de sua promoção, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, (...) é reconhecido o papel fundamental da Medicina Tradicional e Complementar na prevenção, diagnóstico e tratamento de várias enfermidades (...)”. Também reconhece que “hoje é bem conhecido pela sociedade o papel preponderante que desempenham os terapeutas e parteiras tradicionais na aplicação de conhecimentos e práticas no intuito de afastar ou prevenir os males e doenças principalmente no meio rural”. Ora, prossegue o documento, “considerando a ampla utilização da Medicina Tradicional e Complementar pela população angolana e admitindo ainda as fragilidades existentes no Sistema Nacional de Saúde (...)”, nada impede que, com as devidas adaptações lhes fossem impostos determinados deveres de cuidado, que seriam mais exigíveis na prescrição medicamentosa pois, perante fármacos não aprovados, testados e licenciados para o uso humano o risco de causação de danos é elevado. Por isso, a prescrição de medicamentos do foro tradicional assenta na liberdade terapêutica, na consciência, conhecimento e experiência dos efeitos curativos dos mesmos, o que torna a decisão de prescrição um ato responsabilizador, pois é manifestação do exercício daquela profissão.

Faltando a componente científica e a autorização competente para o uso do medicamento, ficam a experiência e a liberdade do terapeuta como indicadores responsabilizantes, sem colocar de parte o risco próprio da atividade.

Bibliografia

BARBOSA, Mafalda Miranda (2017), Lições de Responsabilidade Civil, Cascais: Principia Editora.

BARBOSA, Mafalda Miranda (2014), Responsabilidade Civil Extracontratual: Novas Perspetivas em Matéria de Nexo de Causalidade, Cascais: Principia Editora.

CARVALHO, António Silva, (2017), Qual é o papel da Ordem dos Médicos? Jornal Observador (<http://observador.pt>), 28-julho-2017.

CASCÃO, Rui Miguel Prista Patrício (2021), “Responsabilidade Civil Médica e Sistema No-Fault de Ressarcimento do Dano Iatrogénico”, in Responsabilidade Civil em Saúde-Diálogo com o Prof. Doutor Jorge Sinde Monteiro, Centro Biomédico, Instituto Jurídico, Faculdade de Direito da UC.

DIAS, Jorge de Figueiredo/MONTEIRO, Jorge Sinde (1984), Responsabilidade Médica em Portugal, Separata do Boletim do Ministério da Justiça.

FRAGATA, José I. G. (2016), “A natureza de complexidade dos sistemas de saúde – Implicações para a segurança dos doentes e para a responsabilidade médica”, in Direito da Saúde, Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira, vol. 3, Coimbra: Almedina.

GOMES, Fernando (2016), “Deontologia e bioética”, Direito da Saúde. Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira, Coimbra: Almedina.

GONÇALVES, Carla (2008), Responsabilidade civil médica: um problema para além da culpa, Coimbra: Coimbra Almedina.

JELEMBI, Armindo Gideão K. (2021), Lei de Imprensa Comentada, Coimbra: Angolanae Dissertationes.

JUNQUEIRA, L.A.P. / INOJOSA, R.M., (1997), Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária. São Paulo: FUNDAP.

LAÍN ENTRALGO, Pedro (1982), El diagnóstico médico: historia y teoría. Barcelona: Salvat, p. 3-13.

MATOS, Mafalda Francisco (2016), “Prescrição off-label de medicamentos”, in Direito da Saúde. Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira, vol. 2, Coimbra: Almedina.



MONTEIRO, Jorge Ferreira Sinde (1983), *Estudos sobre responsabilidade civil*, Coimbra: Coimbra Editora.

MUNIZ, Francisco Arthur de Serqueira (2017), “Das retóricas da causalidade à imputação objetiva: lineamentos para a responsabilidade civil pelos danos decorrentes de doenças vetoriais”, in *Responsabilidade Civil. Cinquenta Anos em Portugal, Quinze Anos no Brasil*, coord. Mafalda Miranda Barbosa e Francisco Muniz, Edição Instituto Jurídico, Faculdade de Direito, UC.

NEVES, Castanheira (1995), “Fontes de Direito”, *Digesta*, vol. 2, Coimbra: Coimbra Editora,

NOVAIS, Jorge Reis, (2004), *Os Princípios Constitucionais Estruturantes da República Portuguesa*, Coimbra: Coimbra Editora.

PEREIRA, André Gonçalo Dias (2015), *Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica*, Coimbra: Coimbra Editora.

PEREIRA, André Gonçalo Dias (2016), “A consagração do direito ao consentimento informado na jurisprudência portuguesa recente”, *Direito da Saúde. Estudos em Homenagem ao Prof. Doutor Guilherme de Oliveira*, vol. 3, Coimbra: Almedina.

PEREIRA, André Gonçalo Dias, (2021), “Alguns contributos da obra do Doutor Jorge Sinda Monteiro e seus reflexos na jurisprudência recente”, in *Responsabilidade Civil em Saúde- Diálogo com o Prof. Doutor Jorge Sinde Monteiro*, Coimbra, Centro da Direito Médico, Instituto Jurídico, Faculdade de Direito da UC.

RODRIGUES, Igor de Almeida, “Medicina tradicional: a sabedoria popular a serviço da saúde”, in <https://www.microbiologia.ufrj.br/portal/index.php/pt/destaques/novidades-sobre-a-micro/304-medicina-tradicional-a-sabedoria-popular-a-serviço-da-saude>

SERRA, Adriano Vaz (1959), “Responsabilidade pelos danos causados por coisas ou atividades”, *BMJ*, nº 85, nota nº 3, p. 361-380.

SILVA, Catarina Pereira da, (2022), “Uso e Prescrição Off-Label”, *I Curso de Pós-Graduação em Direito e Economia e do Medicamento, Revista Jurídica Luso-Brasileira*, Ano 8, nº 2.

VARELA, Antunes (1988), *Anotação ao Acórdão do Supremo Tribunal de Justiça de 02-11-1983*, *RLJ*, ano 121, p. 51.