



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

O CUIDAR ecológico

na História da Medicina

Dissertação para obtenção de grau de mestre em
ECOLOGIA HUMANA

Esta dissertação não inclui as críticas
e sugestões feitas pelo juri

Autor: Rui Carlos Santos Pinto

Orientador: Prof. Carlos de Jesus

2004, Dezembro



UNIVERSIDADE DE EVORA

TITULO

O Cuidar Ecológico na História da Medicina



Autor: Rui Carlos dos Santos Pinto

Orientador: Prof. Dr. Carlos Manuel C.H. de Jesus

155047

**Dissertação para obtenção de grau de mestre em
ECOLOGIA HUMANA**

**Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo
juri**

2004, Dezembro

O CUIDAR ECOLÓGICO NA HISTÓRIA DA MEDICINA ECOLOGIC CARE IN MEDICINE HISTORY

RESUMO

Esta tese procura estudar a história da medicina na perspectiva do acto ou cuidado ecológico. Começa por definir o cuidar, ecologia e cuidado ecológico.

Realça-se a actualidade do tema em Portugal, estando a legislar sobre o tema em questão “as terapias não convencionais” (mais conhecidas por medicinas alternativas) tendo sido publicado uma lei impulsionadora em 2003.

A Organização Mundial de Saúde lançou igualmente a sua estratégia para os anos de 2002 a 2005 com vista à implementação gradual após análise e validação destas práticas nos sistemas nacionais de saúde. Em seguida pesquisa-se no percurso da história da medicina a forma de cuidado regente, realçando as terapias ecológicas, que vigoram até ao final do século dezanove. Com as descobertas de meios químicos no combate às enfermidades os meios e abordagens naturais são substituídas pela abordagem tecno-científica, no entanto outras formas de cuidar subsistem com o tempo. Os terapeutas, da também denominada medicina não convencional, são os principais interpretes do cuidar ecológico ou naturológico. Trazem para os tempos modernos científicos a memória dos cuidados ancestrais.

Nas últimas duas décadas, tem havido uma procura crescente (20 a 50% na Europa) destes cuidados naturais que abordam holisticamente o Homem como ser integrante da natureza.

Estão a ser regulamentadas em Portugal, e que serão abordadas na tese as seguintes terapias: naturopatia, homeopatia, acupunctura, osteopatia e quiropraxia.

SUMMARY

This thesis tries to study the history of the medicine in the perspective of the ecologic act or ecological care. It begins by defining taking care, ecology and ecological care.

The actuality of the theme is enhanced in Portugal, being to legislate on the theme in subject “the therapies doesn't stipulate” (more known by alternative medicines) having been published a stimulation law on 2003 (Law n. 45/2003).

The World Health Organization (WHO) threw its strategy equally for the years from 2002 – 2005 desire the gradual introduction after analysis and validation of these practices in the national health systems. Soon after it is researched in the course of the medicine history the form of having taken care, enhancing the ecological therapies, that invigorate to the end of the XIX century. With the discoveries of chemical means in the combat to the illnesses the means and natural approaches are substituted by the techno-scientific approach; however other forms of taking care subsist with the time. The health practitioners of the denominated non conventional medicine are also the main of taking ecological care. They bring for the techno-scientific modern times the memory of the ancestral cares.

In the last two decades, it has been having a growing search (20 to 50% in Europe) of these natural cares that holistic approach of the Man as to be integral of the nature.

They are to be regulated in Portugal, and that will be approached in the thesis the following therapies: naturopathy, homeopathy, acupuncture, osteopathy and chiropraxis.

Dedicatória

Aos meus pais

À Ana Rosa João

Ao Prof. Carlos Jesus

É no estudo do passado das sociedades, buscando resgatar e compreender suas realizações, que descobriremos as motivações e os efeitos das transformações pelas quais passou a humanidade, reunindo, assim, os elementos que ajudam a explicar nossa actualidade.

Cláudio Vicentino

0- ÍNDICE

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	13
1.1. CUIDAR	16
1.2. ECOLOGIA	21
1.3. O CUIDADO ECOLÓGICO	24
2. <u>HISTÓRIA DA MEDICINA</u>	32
2.1. MEDICINA PRÉ-HISTÓRICA	32
2.2. MEDICINA DA MESOPOTÂMIA	34
2.3. MEDICINA DO EGÍPTO	36
2.3.1. <u>As civilizações do Egípto</u>	36

2.4. MEDICINA HINDU.....	40
2.4.1. <u>Os vedas</u>.....	41
2.4.2. <u>A ayurveda</u>.....	41
2.4.3. <u>A medicina ayurveda</u>.....	44
2.5 MEDICINA GREGA.....	47
2.5.1. <u>Pitágoras</u>.....	50
2.6. HIPÓCRATES	52
2.7. MEDICINA CHINESA.....	62
2.7.1. <u>A macrobiótica</u>.....	80
2.8. MEDICINA ROMANA.....	83
2.8.1. <u>Cornélio Celso</u>.....	84

2.8.2. <u>Caio Plínio</u>	84
2.8.3. <u>Sorana de éfeso</u>	84
2.8.4. <u>Galeno</u>	85
2.9. MEDICINA ÁRABE	87
2.9.1 <u>Aviceno</u>	88
2.10. MEDICINA BIZANTINA	89
2.10.1. <u>Oribásio</u>	90
2.10.2. <u>Alexandre De Trália</u>	90
2.10.3. <u>Leonardo Da Vinci</u>	91
2.10.4. <u>Paracelso</u>	92
2.10.5. <u>Outros Médicos</u>	100

2.10.5.1. Andreas Versalius	101
2.11 MEDICINA BARROCA	102
2.11.1. <u>Thomas Sydenham</u>	102
2.11.2. <u>Bernardino Ramazzini</u>	102
2.12 MEDICINA ILUMINISTA	104
2.12.1. <u>Hermann Boerhaave</u>	106
2.12.2. <u>Samuel Hahnemann e a Homeopatia</u>	107
2.12.2.1. Constantin Hering	113
2.12.2.2. Vitalismo	115
2.13. MEDICINA SEC. XIX	118
2.13.1. <u>Patologia e Microbiologia</u>	118

2.13.2. <u>As Especialidades Médicas</u>	119
2.13.3. <u>Anestesia, Anti-Sépsia e Assepsia</u>	120
2.14 OS HIPOCRÁTICOS DO SEC. XIX	121
2.14.1. <u>Sebastian Kneipp</u>	121
2.14.2. <u>Ignaz Von Peczely</u>	122
2.14.3. <u>Louis Khune</u>	123
2.14.4. <u>Gustav Schieckeyesen</u>	124
2.14.5. <u>Manuel Lazaeta</u>	125
2.14.6. <u>Carl Braunscheidt</u>	126
2.15. O NATURISMO MÉDICO E CIENTIFICO	127
2.16. A MEDICINA ENERGÉTICA	128

2.16.1. <u>Wilhen Reich</u>	128
2.16.2. <u>Franz Mesmer</u>	129
2.17. MEDICINA DO SEC. XX	132
2.17.1. <u>Rudolf Steiner e a Antroposofia</u>	132
2.17.2. <u>Eduard Bach</u>	138
2.17.3. <u>Edward Still e a Osteopatia</u>	138
2.17.4. <u>David Daniel Palmer e a Quiroprática</u>	139
2.18. MEDICINA CONTEMPORANÊA	141
2.19. MEDICINA NÃO CONVENCIONAL NA ACTUALIDADE	145
2.19.1 <u>Conceitos</u>	145

2.19.2 <u>Áreas terapêuticas reconhecidas por lei em Portugal</u>	150
2.19.2.1. Naturopatia	150
2.19.2.2. Homeopatia	153
2.19.2.2.1. “Organon “arte de curar”	153
2.19.2.2.2. Os princípios da homeopatia	156
2.19.2.1. Acupunctura	159
2.19.2.4. Osteopatia	163
2.19.2.5. Quiroprática	165
2.20. NOMES DA HISTORIA DA MED. NATURAL PORTUGUESA	168
2.20.1. Garcia D’Orta	168
2.20.2. José Sousa Martins	168

2.20.3. João Bentes Castel-Branco.....	169
2.20.4. Amílcar de Sousa.....	169
2.21. A ACTUALIDADE DA MEDICINA NÃO CONVENCIONAL NO MUNDO.....	176
3. <u>CONCLUSÃO</u>.....	179
4. <u>BIBLIOGRAFIA</u>.....	185
5. <u>ANEXOS</u>.....	189

Chave de abreviaturas e siglas

<u>Art.º</u>	<u>artigo</u>
<u>Dr./ª</u>	<u>Doutor/a</u>
<u>Etc.</u>	<u>Et caetera (e outros, e o resto)</u>
<u>Ob. cit.</u>	<u>obra citada</u>
<u>cit.</u>	<u>citado</u>
<u>OMS</u>	<u>Organização Mundial de Saúde</u>
<u>n.º</u>	<u>número</u>
<u>a.C.</u>	<u>antes de Cristo (ano 0)</u>
<u>d.C.</u>	<u>depois de Cristo (ano 0)</u>
<u>pag.</u>	<u>página</u>
<u>et al.</u>	<u>e outros autores</u>
<u>SNS</u>	<u>Serviço Nacional de Saúde</u>
<u>EEUU</u>	<u>Estados Unidos da América</u>

1. INTRODUÇÃO

A visão médica da actualidade desviou-se das raízes naturais do Homem.

O Homem é constituído, tal como qualquer matéria física, por água, terra, fogo (calor) e ar ou éter, os elementos base da antropogénese.

Coexistem connosco no meio, interno e externo, um número infinito de outros seres tal como o Homem com a mesma constituição base e totalmente dependentes do meio, da ecologia em *latu sensu*.

Esses seres vivos formam ecossistemas que vivem no Homem em simbiose, necessitam tal como o seu hospedeiro de um meio favorável ao equilíbrio ou homeostasia. Esse equilíbrio - da ecologia humana - é mantido se às alterações do meio corresponder uma resposta inversa ou adequada. Muitas vezes não é possível que esse reequilíbrio se auto-processe, necessitando de uma ajuda externa. Essa ajuda deve ser reconhecida como tal no organismo, sendo a sua biodisponibilidade um factor catalisador do processo de cura ou reequilíbrio.

Os recursos naturais, à partida, serão melhor reconhecidos pelo organismo para o ajudar, também por corresponder à sua constituição base.

O Homem é um ser ecológico e saúde igual a equilíbrio.

As terapias historicamente têm evoluído, primeiro era a harmonização do Homem com o mundo cósmico complementado com plantas com propriedades terapêuticas, depois, a evolução faz-se essencialmente pelo o aumento do número de plantas e substâncias de origem mineral e animal, e também por alguma tecnologia e ampliação de estudos e técnicas aplicados às mesmas.

No final do século dezanove princípio do século vinte inicia-se a industrialização de remédios de síntese química padronizados e aprovados pela ciência, tecnologicamente marcados pela eficiência e de efeitos/resultados exaustivamente estudados. O caminho é delineado, o controle das patologias e sintomas são quase absolutas.

No entanto, as reacções adversas com destruição maciça de floras comensais (floras naturais num determinado local; ecossistema em equilíbrio dinâmico) funcionam como fantasmas da terapêutica química.

O alvo é cada vez mais refinado, mas o seu efeito não inocente pode deixar alterações à matriz fisiológica mais ou menos longa, mais ou menos profunda.

Em paralelo com este progresso sobrevive até aos dias de hoje no "mundo moderno" práticas terapêuticas denominadas como "não convencionais" também conhecidas como medicinas alternativas, complementares, doces, ecológicas ou holísticas, em oposto aos termos de medicina convencional, ortodoxa ou oficial. Estas terapias são foco de discussão na actualidade, estando Portugal a legislar sobre este tema.

A escolha do tema da tese é resultado de reflexões e, exactamente de acordo com o paragrafo anterior, como é que chega aos tempos de hoje -neste meio marcadamente tecno-cientifico e dominado pela verdade científica - as denominadas "medicinas alternativas", ou melhor as medicinas/terapias não convencionais em processo de legalização na Europa e em Portugal?

Qual a história específica da medicina natural e dos seus conceitos?

A medicina natural distingue-se também pela abordagem holística do Homem, a visão natural do Homem e do seu desequilíbrio com o meio, no uso de recursos naturais no processo de reequilíbrio, promovendo a saúde e bons hábitos promotores do equilíbrio ecológico do Homem. Quem foram os pioneiros?

A história da medicina á luz da ecologia (do cuidar ecológico) tem a intenção de trazer a esta tese o entendimento da separação histórica e no presente entre as diferentes abordagens no Homem em situação de doente, principalmente em relação à sua terapêutica: remédios e meios naturais, a filosofia distinta, os meios de avaliação de saúde, a visão do processo, a disfunção, etc .

O aumento franco da procura destes meios ancestrais no mundo dito ocidental deve-se provavelmente às memórias. Quem está a manter estas memórias mais ou menos intactas, mais ou menos eficazes, mais ou menos modernizadas? Será provavelmente os terapeutas não convencionais, os naturólogos.

A charneira entre uma medicina de caris científica e uma medicina que domina a tradição "hipocrática", transportada ao mundo actual nos seus conceitos e filosofia holística no tratar e principalmente no cuidar, desenrola-se entre os séculos XVIII e XX.

Sendo no princípio do século XX com o desenvolvimento e surgimento de instrumentos da ciência, nomeadamente, o microscópio, que o mundo das descobertas passa para o laboratório (*in vitro*). A especialização torna-se exigível com o estudo intenso do pormenor, da função, da célula, a visão das bactérias; um novo mundo surge agora no campo visual do homem, o invisível, criou-se assim, um lapso na percepção.

São questões e orientações que ficam em aberto para análise nesta tese, não se pretende criar ou descobrir uma nova história da medicina mas sim uma história à luz da ecologia, à luz dos interpretes e pioneiros dos saberes ditos tradicionais e meios naturais de cura agora redescobertos e em franca expansão no mundo dito ocidental.

A integração dos saberes é inevitável, promover a reconciliação da ciência com o Homem, a transdisciplinariedade é a tendência actual, a medicina (do latim "mederi" = curar): arte e ciência de curar e prevenir as doenças tem o dever de acompanhar os movimentos actuais do mundo e trabalhar para o seu objectivo primordial: Cuidar do Homem.

Estamos no PONTO DE MUTAÇÃO! Como diz Capra (1992).

O CUIDAR é por isso, o ponto de partida.

1.1. O CUIDAR (*care* ing., *soigner* fr.)

CARE: tending, attention, aid forethought, precaution, caution.

1. *Activity involved in maintaining something in good working order;*
2. *The work of caring for or attending to someone or something; "no medical care was required"; "the old car needed constant attention"*
3. *Attention and management implying responsibility for safety; "he is under the care of a physician"*
4. *Judiciousness in avoiding harm or danger; "he exercised caution in opening the door"; "he handled the vase with care"*

SOIGNER: fazer o que é necessário para curar. *Soignant* (cuidador). *Soir* cuidado, vem do frâncico, da palavra *suri*, do verbo *sunjôn* (ocupar-se de), passando pelo latim medieval *soniare*, procurar, fornecer o *soigner* (o cuidar).

Filologicamente, **cuidar** deriva do latim *cura* esta palavra na forma mais antiga escrevia *coera* e era usada num contexto de relações de amor e amizade. Expressava a atitude de cuidado, de preocupação e de inquietação com a pessoa amada ou algo de estimação.

Pode também derivar de *cogitare-cogitatus*, o mesmo sentido de cura: cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de preocupação. Imaginar, meditar, tratar de.

Cuidar (Porto Editora, 2004)

Verbo transitivo: imaginar, supor, meditar, aplicar a atenção a; reflectir sobre.

Verbo intransitivo: trabalhar, ter cuidado, tratar, interessar-se.

Verbo reflexo: imaginar-se, julgar-se, acautelar-se, ter cuidado consigo mesmo; Tratar de si

Cuidar: (Geraldo Cunha, 1986), verbo, origem: cogitar, imaginar, pensar; *ext.* tratar de, dar atenção a; ter cuidado com a saúde de, curar (pag 232)

O cuidar é mais do que um simples acto, é uma atitude. Uma atitude abrangente, qualificadora para todos os intervenientes, um acto irradiante.

Um acto de respeito, solidariedade, de preocupação, de atenção, de zelo e de envolvimento afectivo com o outro. Cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las por dentro; é também, estar em sintonia, auscultar o ritmo e afinar-se com ele.

O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar no seu destino, das suas buscas, dos seus sofrimentos e dos seus sucessos, enfim, da sua vida. (Hesbeen, 2004)

Cuidar é uma arte, a arte de quem cuida, a arte do terapeuta, aquele que consegue reunir os elementos do conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, naquela situação particular. Ou seja, o melhor recurso para aquela pessoa, única, naquele momento singular.

Colocar cuidado em tudo o que se projecta e faz é singularidade do ser humano.

A ausência de cuidado traz a desconexão com o todo, com o sentir integral com a natureza, tudo o que existe necessita de cuidado para continuar a existir.

Sente-se urgência numa nova *ethos* que permitirá uma nova convivência entre os seres humanos, “irmãos” duma mesma comunidade e inevitavelmente interactivos não só entre os outros seres humanos mas com toda a comunidade biótica, planetária e universo.

Como refere Leonardo Boff (1999) a este respeito

“ ...que propicie um novo encantamento face à majestade do universo e à complexidade das relações que sustentam todos e cada um dos seres...”

O cuidar tem de ser visto numa dimensão integral em relação ao ser humano total.

Após tempos de cultura material, hoje procura-se ansiosamente uma espiritualidade simples e sólida, baseada na percepção do mistério do universo e dos ser humano, na ética da responsabilidade, da solidariedade e da compaixão, fundadora no cuidado.

A nova filosofia apresenta-se holística, ecológica e espiritual, capaz de promover no Homem um sentimento de pertença à família humana, à terra, ao universo e ao próprio divino (Boff 1999). A componente mágico-ritual volta, ou melhor, permanece na sociedade actual, os xamãs estão ainda.

A expressão “cuidar” parece sintetizar a missão principal dos profissionais de saúde e um valor humano.

Bernard Honoré, psiquiatra, na obra “Cuidar neste mundo” de Walter Hesbeen (2004), entende o cuidar neste mundo como em “cuidar dos outros, de si próprio, das coisas, agindo de forma a que seja possível viver neste mundo em coexistência, hoje, amanhã e para além de mim mesmo.”

Acrescenta, “cuidar de, não é a manifestação de um reflexo de defesa, mas uma orientação escolhida livremente e assumida como exigência da nossa existência.”

Cuidar segundo Lucien Mehel, jurista, na mesma obra, diz respeito ao “acto de procurar, dispensar, dar especial atenção a uma pessoa que vive uma situação específica e isto na perspectiva de lhe prestar ajuda.”

Walter Hesbeen autor da obra supracitada e enfermeiro de profissão refere que:

“cuidar de tudo que compõe o mundo e de tudo o que contribui para o tornar, a cada dia que passa, mais humano, eis o que podemos designar por missão da comunidade dos humanos. Cuidar de alguém aparece-me, assim, como a expressão da minha humanidade dentro da própria humanidade, quer dizer, o cuidado da minha presença do mundo, tendo em vista contribuir, modestamente, do lugar que ocupo, para um universo mais cuidador... pode este manifestar-se de diferentes formas:

- Cuidar de mim próprio
- Cuidar dos outros
- Cuidar das coisas e da técnica
- Cuidar do meio
- Cuidar da beleza
- Cuidar do discurso, “da palavra”

Acrescenta: “Cuidar é também melhorar a vida no mundo, debruçar-se sobre a vida, dar atenção à vida e identificar as dificuldades para tentar encontrar soluções.”

Uma nova ética nascerá necessariamente a partir de uma nova óptica de uma nova ou antiga sabedoria ou mesmo da mesma sabedoria de sempre mas a cada dia redescoberta, ou ainda no resgate de uma óptica que historicamente tem sido camuflada ou negada pela tecno-ciência.

A moderna medicina não convencional, dita alternativa, não faz outra coisa senão tentar manter, nos dias de hoje, uma visão do total do ser humano no processo saúde /doença.

Essa memória ancestral terapêutica, abafada pelo paradigma cientificista dominante, compreende o corpo como integrante na natureza, assumindo para isso uma conduta/terapia em harmonia conosco, com os outros, com o cosmos com os ritmos da natureza, ou seja, o Homem como parte integrante no seu berço, a mãe natureza "gaia" numa atitude de "eco-cuidar" (ecologia e cuidado).

O cuidado entra assim na própria natureza e constituição do ser humano.

É inerente à existência humana, nenhum ser humano passaria do parto sem cuidado. Diz a este respeito Heidegger 1969 (cit. por Vera Waldof 2004) "O ser humano existe no mundo, através do cuidado... "acrescenta: "O ser Humano é um ser que deve cuidar de si e dos outros"

A cura acontece quando se cria um novo equilíbrio humano, aliás saúde para a medicina natural é igual a equilíbrio, como já foi referido.

Na medicina grega - génese da nossa medicina actual - em *Epidauro* as curas eram processadas de forma holística, através de métodos diferentes: pela dança, música, ginástica, poesia, ritos e sono sagrado. Havia *Abaton*, santuário onde os enfermos dormiam para terem sonhos de comunhão com a divindade que os tocava e curava. Havia o *Odeon*, local onde se podia ouvir música tranquilizadora e eram lidos poemas envolventes.

Havia o *Ginásio*, onde se faziam exercícios físicos integradores da mente/corpo.

Havia o *Estádio* para actividades desportivas de competição controlada para melhorar o tónus corporal. Havia o *Teatro* para dramatização de situações complexas da vida para desdramatiza-las e facilitar a cura.

Havia a *Biblioteca*, onde se podia consultar livros, admirar obras de arte e participar de discussões sobre os mais diversos assuntos.

Tudo isto eram formas holísticas de curar, hoje este papel está nas mãos (na sua maioria) das terapias/terapeutas não convencionais.

Ilustra bem esta visão, **cuidar e ecologia**, a fábula-mito atribuído a Gaius Julius Hyginus, conhecida pela “fabula de Higino” de origem grega (provavelmente do ano 0 (zero)):

“Certo dia, ao atravessar um rio...Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma ideia inspirada. Pegou num pouco de barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter.

Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado.

Quando Cuidado lhe quis atribuir um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome.

Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra.

Originou-se então uma discussão generalizada.

De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro.

Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa:

- Você Júpiter, deu-lhe o espírito, receberá, pois, de volta esse espírito por ocasião da morte dessa criatura.

- Você, Terra, deu-lhe o corpo, receberá portanto, também de volta seu corpo quando essa criatura morrer.

- Mas como você, Cuidado, foi quem por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto ela viver.

- E, uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem, isto é, feita de húmus, que significa terra fértil”

1.2. ECOLOGIA

A palavra ecologia deriva das palavras gregas oikos: casa e logos: estudo. Estuda a “casa dos animais”. Mas em sentido mais amplo podemos entender ecologia como o conjunto de todas as interações dos seres vivos uns com os outros e com o ambiente no qual eles vivem.

Ernest Haeckel foi o primeiro a utilizar este termo em 1870, termo que define a interação dos organismos entre si e com o meio ambiente. O seu campo de estudo alargou-se, inclui também o estudo das mudanças provocadas artificialmente pela espécie humana e as consequências que podem ser provocadas no meio ambiente por essas acções.

O ramo científico da ecologia humana tem como objecto de estudo a relação do ser humano com o seu ambiente natural. De constituição física bastante desvantajosa, o ser humano (*Homo sapiens sapiens*), por meio da cultura, adoptou, e levou às últimas consequências, a estratégia de adaptar o meio ambiente ao seu corpo. Conseguiu, assim, sobreviver, até agora e em todos os ambientes terrestres do planeta, sem adaptações corporais que levassem sequer à formação de outras sub-espécies ou mesmo de raças.

Os elementos do meio ambiente original assim manipulados passaram então também a integrar o meio ambiente tanto externo como interno dos seres humanos e dos outros seres / elementos sujeitos aos efeitos da manipulação. O meio ambiente humano combina, assim, tanto os elementos naturais (orgânicos e inorgânicos) quanto os culturais que dão suporte à vida humana nos diversos ambientes em que ela se desenvolve e pode ser observado em diferentes escalas espaciais: do quintal de uma casa até à biosfera como um todo.

O meio ambiente humano pode ser mais ou menos favorável à manutenção da saúde humana, ou seja, à normalidade das funções orgânicas, físicas ou mentais necessárias para a sobrevivência e reprodução dos indivíduos.

Há, contudo, um limite mínimo de salubridade que é aquele que possibilita a sobrevivência de uma quantidade mínima de indivíduos até à idade reprodutiva e a sua reprodução numa taxa suficiente para repor os indivíduos mortos. Abaixo desse limite mínimo de salubridade, a espécie está destinada à extinção.

Esse limite mínimo é bastante inferior aos padrões de conforto (entendido como bem-estar material) actualmente considerados civilizados. A questão intergeracional impõe, contudo, um limite máximo ao conforto usufruído por uma dada geração humana, pois este não pode ser obtido às custas dos meios necessários para a manutenção de um meio ambiente sadio para as gerações futuras.

Podemos assim definir o meio ambiente humano saudável como aquele que permite a sobrevivência por tempo indeterminado da espécie humana e, ao mesmo tempo, satisfaz, no maior grau possível, as necessidades de cada indivíduo, o eco-desenvolvimento sustentável.

O meio ambiente interno, a “ecologia interior” do ser humano também é resultado do meio ambiente externo, dos alimentos que ingerimos, o tipo de alimentação, à ética e à cultura. Assim a saúde humana, depende de “toda” a ecologia (e de todo o cuidado). Nós podemos decidir sobre a nossa ecologia individual centrada nos nossos comportamentos em sociedade e a nossa ecologia interna centrada basicamente na nossa alimentação e no ar que respiramos.

"O novo paradigma (uma constelação de concepções, de valores, de percepções e de práticas compartilhados por uma comunidade e que estabelece uma visão particular da realidade) pode ser chamado de uma visão de mundo holística, que concebe o mundo como um todo integrado, e não como uma colecção de partes dissociadas.

Pode também ser denominado *visão ecológica*, se o termo *ecológica* for empregado num sentido muito mais amplo e mais profundo que o usual. A percepção ecológica profunda reconhece a interdependência fundamental de todos os fenómenos, e o facto de que, enquanto indivíduos e sociedades, estamos todos incluídos nos processos cíclicos da natureza

(e, em última análise, somos dependentes desses processos)." (Fritjof Capra, 1992). Acrescenta:

"... nosso meio ambiente natural é não só vivo, mas também inteligente. A inteligência dos ecossistemas, em contraste com tantas instituições humanas, manifesta-se na tendência predominante para estabelecer relações de cooperação que facilitam a integração harmoniosa de componentes sistémicos em todos os níveis de organização."

O organismo humano comporta-se igualmente em relação simbiótica cooperante com objectivo do equilíbrio dinâmico entre todas as relações no seu ecossistema externo ou interno. A reconquista do "naturalismo" como base filosófica de vida, isto é, em sintonia com a mão natureza, torna-se na actualidade uma procura por uma minoria (ainda) de indivíduos que pelos mais diversos motivos (a maioria por problemas de saúde mais ou menos graves) têm encontrado nos cuidados de saúde que fomentam e procedem de acordo com as regras naturais, usando para isso recursos naturais e *visão naturológica* na actuação (o resgate do Homem à natureza da sua origem).

1.3. O CUIDADO ECOLÓGICO

A carta europeia do Ambiente e a Saúde, publicada pela OMS em 1989 refere:

“Boa saúde e bem-estar exigem um ambiente limpo e harmonioso no qual todos os factores físicos, psicológicos, sociais e estéticos, recebem o seu justo lugar. Um tal ambiente deverá ser tratado como um recurso para a melhoria das condições de vida e bem-estar.”

“O ambiente é reconhecido como um dos quatro grandes determinantes do estado de saúde”, explicita J.F.Mattei, *profils cit. por Suzzane (1996)*, “...para além dos factores genéticos, comportamentos individuais e da qualidade dos tratamentos médicos.”

Após uma hipertrofia do espírito de análise e de uma aproximação demasiado fragmentada ao campo da saúde, uma renovação do pensamento hipocrático é exigível por não considerar o Homem isolado do seu ambiente.

A visão médica da actualidade desviou-se, de facto, das raízes naturais do Homem. O Homem é constituído, tal como qualquer matéria física, por água, terra, fogo (*calor*) e ar ou éter, os elementos base da antropogénese, mas também energia a *anima*.

Coexistem connosco um número infinito de outros seres, tal como o Homem com a mesma matéria base, também dependentes do meio, da ecologia em *latu sensu*.

Esses seres vivos formam ecossistemas que vivem com e no Homem em relações ecológicas tendentes à simbiose, necessitam tal como o seu hospedeiro de um meio favorável ao equilíbrio ou homeostasia. Esse equilíbrio é mantido num estado de “equilíbrio dinâmico”. Equilíbrio é saúde.

Em situação de doença / disfunção precisa de alterações no meio para o equilíbrio ser restabelecido, seja por um jejum, alteração da dieta, mudança do meio, alteração à actividade diária, uma planta, um remédio energizado, um produto químico ou mesmo um acto cirúrgico.

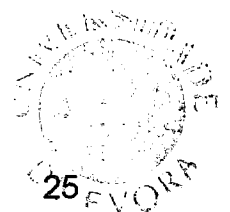
Essa ajuda, cuidado, para organismo deve ser proporcional à alteração manifestada ou observada no sentido da melhoria objectiva e subjectiva.

O Homem é, portanto e como base de estudo, um ser ecológico, portador de cuidado, e, saúde corresponde a equilíbrio em sentido amplo.

Historicamente as terapias e os terapeutas têm evoluído, primeiro era a harmonização do Homem com o mundo cósmico complementado os rituais de harmonização e cura, com plantas com propriedades terapêuticas, depois, a evolução faz-se essencialmente pelo o aumento do numero de plantas e substâncias de origem química já no final do século dezanove.

A componente magico-ritual no processo terapêutico ainda hoje se mantém qualquer que seja a abordagem, recorde-se o ritual que envolve uma consulta, uma visita médica em ambiente hospitalar, o poder das palavras e mesmos dos actos desde o toque ao teatro cirúrgico.

A medicina científica ou medicina moderna, também denominada de técnico-científica teve como "pais" dois franceses, François Magendie (1783-1855) e o seu discípulo Claude Bernard (1813-1878). A categoria de ciência foi e é, muitas vezes definida como " o conhecimento da verdade", utilizam os instrumentos da física e química. Passou-se assim de uma medicina de observação para uma medicina experimental.



Claude Bernard, pai da fisiologia, chega a referir “o que eu pretendo é fundar a medicina experimental tornando científica a prática que hoje é apenas empírica. Para isso, provo que se pode actuar nos corpos vivos como nos corpos inanimados” (Bernard, C., Principes de médecine expérimentale. Éd. PUF, Paris, 1987, ct. Por J.P. Lebrun).

No final do século dezanove princípio do século vinte inicia-se a industrialização de remédios de síntese química padronizados e aprovados pela ciência, tecnologicamente marcados pela eficiência e de efeitos/resultados exaustivamente estudados. O caminho é delineado, o controle das patologias e sintomas são quase absolutas.

Com a farmácia química, uma nova faceta surge, as reacções adversas ou efeitos secundários, como por exemplo, a destruição maciça de floras comensais e o desequilíbrio colaterais provocado no organismo (no sentido holístico).

Bernard Schmitt (cit por Hesbeen, 2004), médico, nas suas reflexões sobre o cuidar critica a visão do cuidar actual em ambiente terapêutico referindo que “ o avanço deformador que reduz o Homem a paciente, o paciente a doente e o doente à doença, porque é a doença que se aprende a curar”; acrescenta mais tarde “ deixa de haver um Homem à sua frente para haver, simplesmente, um diagnóstico e/ou uma doença.”

Em paralelo com este progresso sobrevive até aos dias de hoje no "mundo moderno" cuidados e práticas terapêuticas denominadas como "não convencionais" em oposto à medicina convencional ou oficial, também são conhecidas como medicinas alternativas, complementares, doces, não ortodoxo, ecológicas ou holísticas.

A medicina “alternativa”, complementar, paralela, doce e com o mesmo sentido em Portugal a denominação de Naturologia, é definida pela OMS, citada no relatório da British Medical Association, 1993 (cit. Borges Sousa, 1998), como: “todas as formas de cuidados de saúde que usualmente estejam fora do sector oficial da saúde”.

Já na Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005 (anexo 3), define Medicina Tradicional:

“como práticas, estudos, conhecimentos e saberes de saúde diversos que incorporam medicinas baseadas em plantas, animais e/ou minerais, terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios aplicados de forma individual ou em combinação, para manutenção do bem estar, também tratar, diagnosticar e prevenir doenças.”

A OMS preconiza para o espaço europeu, uma integração gradual da medicina dita alternativa e da medicina popular nos sistemas de saúde dos seus membros.

Refere na sua estratégia na primeira página, que:

“...a medicina tradicional (MT) está a aumentar rapidamente nos países desenvolvidos.

Em países onde o sistema de saúde dominante se baseia na medicina alopática (termo usado por estas áreas como sinónimo de medicina química – “medicina dos contrários”), ou onde ainda não foi integrado no sistema nacional de saúde, esta é classificada muitas vezes de “complementar”, “alternativa” ou “não-convencional”, Medicina complementar e alternativa (MCA)...” (tradução livre)

Em países como a Austrália a percentagem da população que utilizou pelo menos uma vez a área da MT/MCA é de 48%, 70% no Canadá, 42% nos EE UU, 38% na Bélgica e 75% em França.

Embora estes dados positivos, só em 25 dos 191 estados-membros pertencentes À OMS desenvolveram uma política específica sobre MT/MCA.

É enunciado muitas vezes os motivos para esta evolução favorável:

- Os efeitos adversos dos fármacos químicos, e,
- A esperança de vida maior leva ao risco de aparecimento de doenças crónicas e debilitantes, diabetes, cancro, problemas coronários e mentais.

As MT/MCA previnem muito estas situações mas também oferecem formas mais suaves de serem aliviados.

Refere ainda o documento em análise que têm surgido muitas evidências científicas sobre muitos casos tratados com acupunctura, com plantas medicinais e algumas terapias manuais.

A estratégia da OMS, leva a cabo as seguintes funções:

- Facilitar a integração da MT/MCA nos Sistemas de Saúde Nacionais,
- *Elaborar orientações e padrões internacionais de técnica e metodologia para investigação nas terapias e produtos da MT/MCA;*
- Fomentar um estudo estratégico da MT/MCA; defender o seu uso racional; Gestão da informação sobre a MT/MCA facilitando o seu intercâmbio.

Para isso esta estratégia compreende quatro objectivos, segundo a OMS:

1. Política - integrar a MT/MCA nos sistemas de saúde nacionais;
2. Segurança, eficácia e qualidade - fomentar a segurança, eficácia e qualidade;
3. Acesso – incrementar a disponibilidade e a sua equidade na sua utilização;
4. Uso racional – fomentar o uso forte e sólido por parte dos praticantes e consumidores.

Refere na introdução do PROJECTO DE LEI N.º 263/IX (do Partido Socialista Português).

“Tanto a Organização Mundial de Saúde como o Conselho da Europa têm produzido vários estudos e recomendações para que os Estados dêem maior relevo às medicinas não convencionais, sublinhando as suas vantagens em termos de complementaridade na prestação de cuidados de saúde.

A homeopatia, acupunctura, osteopatia e a quiropráxia, por serem as práticas em que há mais provas relativamente à sua eficácia, são também as mais procuradas, tanto na União Europeia como em países como os Estados Unidos, Canadá e Austrália. Estima-se, de acordo com o relatório Lannoye, que as medicinas não convencionais sejam procuradas por entre 20 e 50% da população, consoante os países e os níveis de divulgação. Em torno destas práticas existe um considerável número de outras que lhes estão associadas, mas com uma expressão mais reduzida.

As práticas terapêuticas e a respectiva evolução variam de um país para outro, fruto das circunstâncias sociais e culturais específicas de cada um. Assim, por exemplo, existem na União Europeia três países onde a homeopatia está fortemente enraizada, que são a França, Inglaterra e Alemanha. Em França, 20% dos médicos, cerca de 10 000, utilizam a homeopatia em exclusivo ou parcialmente. Na Grã-Bretanha existem cinco escolas de homeopatia em hospitais, que recebem apoio estadual.

Na Dinamarca, Suécia e Finlândia apenas a quiropráxia é legalmente reconhecida como profissão de cuidados de saúde, embora sejam aceites de uma maneira geral as medicinas não convencionais, estabelecendo delimitações bem claras quanto ao seu exercício.

A acupunctura tem também tradição na Europa, sendo reconhecida em França pela Academia de Medicina desde 1950. Em muitos outros países da Europa esta prática é utilizada em complementaridade com a medicina convencional. A Organização Mundial de Saúde reconheceu, já em 1979, que a acupunctura pode ter resultados positivos em 40 patologias.

A osteopatia, por sua vez, tem uma grande aceitação em inúmeros países, com particular destaque para a União Europeia, e recorre em alguns casos aos meios auxiliares de diagnóstico da medicina convencional. É também um dos domínios em que a complementaridade tem sido feita com sucesso.”

Estas terapias são foco de discussão na **actualidade**, estando Portugal a legislar sobre este tema, tendo publicado a **Lei nº45/2003**_(anexo 1), nomeadamente;

A Naturopatia, a Homeopatia, a Acupunctura, a Osteopatia e a Quiropráctica, áreas que descreveremos mais tarde e que constitui cada uma por si um “sistema completo terapêutico” ou está no caso da acupunctura baseada num sistema complexo e completo, “a secular” Medicina Tradicional Chinesa.

O relatório de Lannoye em anexo (nº 2) foca que estudo realizados aos cidadãos europeus, o seu uso oscila entre os 10 e os 50% da população. E que a sua procura crescente deve-se ao desequilíbrio entre a relação médico/doente, e também, os efeitos indesejáveis dos fármacos.

Outros factores há na área não convencional, que traduzem-se em premissas diferentes, a abordagem holística do Homem, a visão natural do Homem e do seu desequilíbrio com o meio, o uso de recursos naturais no processo de reequilíbrio, promovendo a saúde e bons hábitos promotores do equilíbrio ecológico do Homem, os diagnósticos não invasivos...

Assim se chega ao centro de estudo desta tese, na historia da medicina qual a perspectiva do cuidar ecológico nos vários contextos sociais e históricos.

Os terapeutas das medicinas não convencionas são os principais actores sociais de hoje que utilizam e preconizam a abordagem holística e tradicional do Homem num contexto ecológico do ser humano. Mas não só.

Nas escolas médicas existe uma nova geração de estudantes que enfatizam os problemas ambientais e sociais na problemática da saúde, assim como o interesse pela medicina preventiva.

Os enfermeiros que há muito se aperceberam das deficiências do modelo biomédico, estão ampliando o seu papel na assistência à saúde lutando pelo seu reconhecimento como educadores da saúde, desenvolvendo e investigando técnicas terapêuticas não-ortodoxas.

São exemplos a electroacupunctura na dor, a massagem terapêutica, a musicoterapia em unidades hospitalares (também em Portugal).

Mas, provavelmente a mais importante de todas as forças nesta revolução da assistência à saúde os movimentos e associações de indivíduos comuns.

Em Portugal é pouco visível mas existem grupos que lutam pelo reconhecimento das medicinas não convencionais, outras por hábitos saudáveis de vida, desenvolvimento do potencial da capacidade de auto-cura, as artes tradicionais de cura, formação de centros de assistência holística à saúde, etc, etc.

O movimento está imparável.

2- HISTORIA DA MEDICINA

2.1 Medicina pré-histórica

Apesar de diferentes posições dos autores de obras literárias sobre a historia da medicina, o período mais primitivo do Homem e os seus aspectos terapêuticos

variam muito de autor para autor dependendo muito das suas concepções ideológicas.

Assim, na pré-história encontra-se varias denominações em relação à medicina, instintiva, empírica, magica, religiosa, sem uma ordem cronológica certa, estas classificações são denominador comum neste tipo de obras.

O Homem vive este período em permanente contacto directo com a natureza, a convivência com o mundo - animais predadores, fenómenos naturais e certas doenças - são geradores de grande tensão, sendo a sobrevivência a principal preocupação dos grupos hominídeos..

As doenças tinham causas sobrenaturais, excepto as causas obvias, dentadas de feras ou acidentes físicos.

O período conhecido como medicina mágica, a doença era associada a "espíritos maus" ou a "demónios", capazes de actuar à distancia e actuar nos corpos. O mago ou feiticeiro conhece as poções magicas e rituais de tratamento. Como refere Pazzini na *storia della medicina* referido por Tavares de Sousa em Curso da Historia da Medicina (FCG 1981) "a figura do mago é de certo modo, a antítese da do sacerdote: enquanto este serve a divindade, o mago procura impor-se ou substituir a ela, pretendendo, pela sua acção, modificar o curso dos acontecimentos, curando os males do corpo e do espírito, do Homem ou da tribo, ou promovendo a paz e a guerra, a chuva e a seca"

O xamanismo pode ser enunciado desde já, pois a sua tradição existe desde os primórdios da história viajando desde sempre pela história das sociedades, sendo prática corrente em muitas culturas na actualidade.

O xamã é um Homem ou mulher capaz de ingressar, à vontade, num estado incomum de consciência a fim de estabelecer contacto com o mundo dos espíritos no interesse e em benefício dos membros da sua comunidade.

O xamã habitualmente é líder religioso e político, além de curador.

A automedicação é comum através de plantas e outros elementos retirados directamente à natureza, o xamã só é solicitado para casos difíceis.

A característica predominante na concepção xamanística é a abordagem holística, nomeadamente, crêem que os seres humanos são partes integrantes de um sistema ordenado em que toda a doença é resultado de um desarmonia em relação à ordem cósmica.

As terapias xamanísticas destacam a recuperação da harmonia, ou do equilíbrio, dentro da natureza, nas relações humanas e nas relações com o mundo dos espíritos. As ideias xamanísticas acerca das causas das doenças estão intimamente ligadas com o meio. O médico ocidental indagado sobre a etiologia de uma doença discorrerá acerca de bactérias ou perturbações fisiológicas; um xamã mencionará provavelmente, a competição, o ciúme e a cobiça, bruxas e feiticeiros, a acção maldosa de um membro da família do paciente ou alguma outra situação em que o paciente ou seus parentes desrespeitaram a ordem moral.

Os rituais xamânicos de cura têm a função de elevar os conflitos e as resistências inconscientes a um nível consciente, onde podem desenvolver-se livremente e encontrar uma solução. Esta também é a dinâmica básica das psicoterapias modernas.

Com efeito, existem numerosas semelhanças, durante séculos, os xamãs usaram técnicas terapêuticas, como participação em grupo, psicodrama, análise de sonhos, sugestão, hipnose, utilização de imagens dirigidas.

Há no entanto uma diferença básica entre as duas abordagens, enquanto os psicoterapeutas modernos ajudam seus pacientes a construir um mito individual com elementos extraídos do passado, os xamãs usam o mito social, ou seja, lidam com o inconsciente colectivo. Existe nesta abordagem um enfoque à dimensão social da doença e da saúde. Pode bem ensinar muito sobre a importância da sociedade nas doenças.

2.2. A medicina da Mesopotâmia (Assírios, Babilónicos e Sumérios)

A Mesopotâmia região do norte do Golfo Pérsico no médio oriente, é fonte de uma extraordinária civilização. Na área da medicina, o rei Hammurabi na Babilónia, codificou uma série de leis entre as quais ressaltam as relativas ao exercício de medicina e cirurgia.

As mais antigas fontes médicas escritas são provenientes das civilizações Mesopotâmicas e Sumérias, chegaram até aos dias de hoje tábuas gravadas com estiletes, em escrita cuneiforme.

O famoso Código de Hammurabi (1720-1686 a.C.), que regula a actividade dos médicos, desde os honorários a coimas, mas também detalhes de higiene pública, drenagens de água, regulação do aborto, desvios sexuais, entre outras instruções.

Os conceitos terapêuticos Assírio-Babilónicos baseavam-se na crença de que todos os fenómenos terrenos ou cósmicos se encontravam subordinados à vontade dos deuses, daí o carácter mitológico da medicina. Sendo a doença considerada como um castigo divino.

A medicina da civilização Suméria baseava-se na astrologia (magia e empirismo), os astros governavam as estações; as estações determinavam as doenças. O sangue continha a força vital do organismo.

O fígado era o órgão mais importante do organismo humano, era o centro da distribuição do sangue, sede da alma.

Realizavam adivinhações utilizando fígados de animais -hepatoscopia- consideravam o fígado a fonte da vida.

O prognóstico era decidido por meio de adivinhações e de augúrios baseados no exame do fígado de carneiro. O doente soprava nas narinas do animal que depois teria o seu fígado examinado.

Também usavam a urina, a expressão facial e o sangue das sangrias para prever o futuro do enfermo.

Existe um documento datado de sec. VII a.C. sob a forma de aforismos, onde é descrito diagnósticos e prognósticos que vêm a influenciar mais tarde a medicina grega e indiana.

Já Heródoto (1-86 a.C.) refere que "os babilônios traziam os seus enfermos ao mercado e os transeuntes davam a sua opinião para o tratamento"

Os médicos Assírios e Babilônicos (2000 a.C. - 158 a.C.) eram astutos observadores da natureza: contribuíram com importantes avanços da referida medicina empírica. Nem só os tratamentos médicos eram rituais mágicos, utilizaram cerca de 250 plantas medicinais, substâncias minerais e animais, usavam a massagem, o calor, e múltiplos tratamentos cirúrgicos. Há registo do uso de medicamentos sob a forma de comprimidos, pós, enemas e supositórios.

Existe hoje um dos melhores arquivos médicos dessa época, e isso deve-se aos registos contínuos dos sintomas e tratamentos feito pelos enfermos e seus familiares como pelos sacerdotes, em tábuas de argila.

2.3. A MEDICINA NO EGIPTO

2.3.1. Civilizações do Egípcia

(3200-525 a.C.)

Segundo os dados históricos a medicina mesopotâmica pouco difere da medicina egípcia, conhece-se a egípcia mais em pormenor graças a estudos realizados em múmias.

O cuidado com o corpo pós a morte para assegurar a ressurreição. Não são os médicos que asseguram as mumificações são técnicos especializados, que aplicam os ensinamentos dados por Toth (o Deus-Lua).

As essências anti-sépticas e os aromas eram preparados pelos sacerdotes-médicos e o embalsamento feito por técnicos.

Acreditavam na imortalidade da alma - vida após a morte, daí a importância da mumificação, do local e bens que acompanham o corpo.

Foi no Egípcia que nasceu a aromaterapia, “devemos-lhes a aromaterapia” refere Dr. Taylor, da Universidade de Austin (Texas) Citado por. Dr. Valnet: aromotherapie (Paris, Maloine, 1971), ou terapia feita através das essências das plantas. Os egípcios inventaram a destilação do vinho e da resina de cedro.

Para a medicina egípcia a função vital do organismo estava na respiração e na circulação. O coração era o centro do corpo humano.

Na tradição de Toth o nariz é considerado o “centro do crânio”, um “cérebro nasal”. De facto existem estudos que provam por experiências em animais em que se feriu o interior do nariz perdendo o olfacto e observou-se que perdem o discernimento comendo de tudo, pedras por exemplo, perdem a memória.

No Egípcia, a ciência e a religião estão intimamente ligadas. Os médicos-mágicos não pretendiam ser os autores dos encantamentos e exorcismos, das preparações medicamentosas ou de outras técnicas terapêuticas.

Eles aprendiam a sua ciência e o seu poder nas “casas da Vida”, uma espécie de templo-universidades, legado directamente por Toth, o deus compassivo a quem Rá (Deus-Sol) encarregou da tarefa de proteger a humanidade. A sua sabedoria vem dos deuses.

A medicina sagrada egípcia pretende restabelecer no doente a sua frequência vibratória. É frequente fazer parte da terapêutica do médico – mágico um amuleto, um elemento material simbólico

Ankh, significa ao nível do microcosmo, o Homem: a asa representa a cabeça ou o sol da sua inteligência, o princípio que o anima; a barra, os braços levantados para o céu ou estendidos para a terra. Ao nível macrocósmico, o ankh representa os três elementos: sol, céu e terra

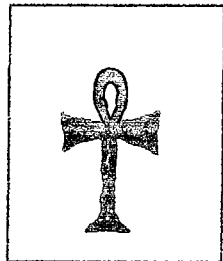


Figura de ankh

A prática médica passa de pai para filho. O ensino e o conhecimento dos antigos egípcios baseiam-se na fé. Esta fé é o conhecimento e a compreensão do Verbo. O conhecimento do verbo é ao mesmo tempo do domínio da inspiração, do saber, saber dominar com propriedade os seres e as coisas, e ter sobre eles um poder absoluto. O médico egípcio era um Homem de cultura e erudição. Havia hierarquia entre os médicos. Homens e mulheres podiam exercer a medicina.

Os diversos papiros e inscrições que até agora se descobriram no vale do Nilo, excluindo aquelas que foram destruídas, cerca de 700 000 volumes literários pelo incêndio da biblioteca de Alexandria (389 d.C.), não nos esclarecem ainda todos os seus segredos.

O estudo da medicina pode-se comparar com a cultura das plantas, regar bem a semente com bons preceitos, ar puro, boa água, bons costumes enfim bom ambiente com amor ao trabalho e principalmente tempo para depois termos um bom médico.

A prática médica dividia-se em duas escolas: a empírica, cara e reservada aos ricos e à família real; a mágico-ritualística, barata e popular.

A prática médica era dividida em inúmeras especialidades, de acordo com um órgão ou função orgânica determinada. Assim, tínhamos os especialistas dos olhos, dos dentes, do coração, dos intestinos.

O mais célebre dos médicos da altura é Imhotep, primeiro-ministro do Faraó Djoser, da terceira dinastia menfita. Mais tarde será venerado como um herói curador e depois divinizado e adorado como sendo descendente de deus Path.

A terra negra dos Egípcios, ou *chime*, deu origem à nossa química, porque *chime* também significa " a ciência egípcia". Amoníaco deriva de Amon, porque essa substância se encontrava em Siua, perto do templo do deus dos faraós.

A nossa palavra farmácia, tem por étimo Ph-ar-maki, e esta expressão significa, em egípcio "aquele que procura segurança". Ph-ar-maki significa também Toth, o deus das três centenas de nomes.

Utilizavam remédios variados: mel, cerveja, frutas e especiarias, ópio, produtos de origem animal (gordura, sangue, excrementos), sal e antimônio.

As cirurgias incluíam, entre outras práticas, as drenagens de abscessos e furúnculos, a extirpação de tumores e a trepanação.

Entre as plantas mais frequentemente utilizadas pela medicina egípcia, eram o alho e a cebola.

Heródoto conta que uma inscrição gravada na pirâmide de Gizé dizia que os operários que participaram na sua construção recebiam todas as manhãs um dente de alho, por causa das suas propriedades tonificantes e anti-sépticas.

A cebola era considerada como uma planta sagrada, e encontramos-a mesmo representada nos frescos tumulares: os sacerdotes colocavam ramos delas nos altares funerários. Entre o povo, ela substituía muitas vezes a carne.

Os egípcios foram os primeiros a conceber a existência de hormonas sexuais na urina das mulheres grávidas, realizavam testes de gravidez. Segundo analistas históricos, as mulheres dariam à luz de cócoras.

Os egípcios conheciam a iridologia.

A inteligência segundo os egípcios encontra-se no coração.

2.4. MEDICINA HINDÚ

As primeiras civilizações com escrituras, iguais à Mesopotâmia, surgem no vale do rio Indo, desenvolvendo-se de forma significativa a partir do 4º milénio a.C.

A Índia era dominada pela cultura Veda, escritos de 5000 a.C., compunham-se com textos de ciência assim como o livro da saúde O Ayurveda, a ciência do viver correctamente.

Os elementos corporais em equilíbrio são: o ar, a fleuma e a bÍlis. Assim a doença resulta do seu desequilÍbrio, melhor, do desequilÍbrio da dinÁmica entre os três elementos

O deus da medicina era Dhavantare herdeiro de Brahama.

Brahma, que encarna o espÍrito do mundo, dita as regras da medicina. Os Brahmi, sacerdotes, educadores, escritores, médicos e verdadeiros interpretes da Veda, o Ayurveda sendo o mais antigo desses textos.

Os Atharvaveda e o Sama Veda são livros de religião e códigos morais.

O Atharvaveda contém referências às enfermidades, feridas, fertilidade, saúde e higiene.

A medicina ayurvédica é considerada como a mais antiga ciência da saúde, originada na Índia há cerca de 5000 anos atrás. Frequentemente é lembrada como "mãe de toda a saúde", já que a partir dela muitas outras formas de medicina emergiram. Foi ensinada por milhares de anos dentro de uma tradição oral de mestres para discípulos. Infelizmente muito se perdeu por causa disso; o conhecimento actualmente disponível sobre Ayurveda em livros representa apenas uma pequena fracção desta tradição de cura védica. O Ayurveda e outros sistemas médicos antigos têm sido preservados muito mais em núcleos familiares que, de regra, não compartilham abertamente seus segredos.

O Ayurveda ensina que o Homem é um universo dentro de si mesmo, composto de corpo, mente e espÍrito, e que seu estado de saúde reflete a harmonia dinÁmica entre estes três factores.

Representa a simples e prática ciência da vida; os princípios ayurvédicos são baseados na sabedoria eterna do povo, adquirida a partir de experiência e meditação. É um sistema aplicável universalmente a todos que buscam paz e harmonia interiores.

2.4.1. Os Vedas

Ayurveda significa literalmente "ciência ou conhecimento da vida". É uma palavra com duas raízes sânscritas - AYU, significando "vida", e VEDA, "conhecimento ou ciência". O Ayurveda teve origem nos Vedas, a mais antiga literatura do mundo, onde eram registrados todos os conhecimentos que pudessem ser úteis à humanidade: engenharia, física, astrologia, biologia, toxicologia, filosofia, teologia, etc.. Os Vedas, Rig-Veda, Yajur-Veda, Sama-Veda e Atharva-Veda, eram coleções de hinos ou canções escritos por videntes (rishis).

Essas canções eram de dois tipos: Magia Branca, com rituais de cura de doença, promovendo paz e prosperidade; e Magia Negra, com rituais de destruição por meio de feitiçaria.

Naquele tempo era muito comum o uso de encantamentos, de essência de plantas e animais, das forças naturais, como o sol, e até da energia criativa do Homem para fins terapêuticos. As substâncias medicamentosas em geral eram usadas como amuletos.

2.4.2. Ayurveda

Ninguém sabe ao certo quando a civilização desenvolveu-se na Índia. Até a época de Gautama Buddha (563-483 a.C.) as datas são muito arbitrárias. A civilização mais antiga de que se tem notícia é a de Harappa, que surgiu por volta de 3000 anos a.C. e sua cultura dominou o Vale Hindu por talvez 1500 anos. O povo de Harappa construiu grandes cidades $\frac{3}{4}$ como Mohenjo-daro $\frac{3}{4}$ com ruas pavimentadas, aquedutos, banheiros públicos e enormes sistemas de

drenagem. O sistema de saneamento era tratado com atenção especial; este facto levou os estudiosos a concluir que existia também um sistema médico, apesar de não haver evidências, excepto pelo facto daquele povo recorrer a substâncias que classicamente são utilizadas no Ayurveda, como o betume e o chifre de veado.

A civilização de Harappa desapareceu há cerca de 1500 anos a.C. provavelmente devido a desastres naturais, mas também pelas invasões frequentes do povo Ariano, nómadas da Ásia Central. O povo Ariano trouxe consigo os Vedas, seus antigos livros que continham toda a sabedoria e rituais de sacrifício. Do mais recente dos Vedas, o Atharva-Veda, desenvolveu-se o Ayurveda; este por sua vez gerou 6 grandes tratados médicos, em épocas diversas, entre eles, o Charaka Samhita (tratado de medicina interna) e o Sushruta Samhita (tratado de cirurgia), escritos inicialmente para treinar médicos para tratarem de reis e princesas.

O Ayurveda já estava bastante desenvolvido no tempo de Buda (563-483 a.C.), mas a medicina ayurvédica viveu uma fase grandiosa pois o próprio Buda era um grande estimulador de sua prática e estudo. O grande desenvolvimento desta ciência médica decorreu também de interesses políticos: nesta época a saúde do rei reflectia a saúde do Estado, assim os serviços do médico real eram essenciais para a manutenção da estabilidade política.

No século III a.C., Ashoka, imperador sanguinário do norte da Índia, converteu-se ao Budismo e, motivado pelos ensinamentos de Buda, que ensinava compaixão por todos os seres humanos, construiu hospitais de caridade, com sectores de cirurgia, obstetrícia e problemas mentais, por todo o seu reino, não somente para seres humanos, como também para animais. Além disso, enviou emissários para países vizinhos, o que ajudou muito a difundir ainda mais o Budismo e o Ayurveda: provavelmente foi desta forma que a ciência médica indiana chegou ao Sri Lanka. Durante os dois reinados posteriores, houve grande incentivo à medicina: o governo patrocinava hortos de plantas medicinais, construía hospitais e maternidades e punia charlatões que tentavam praticar medicina sem permissão imperial. Toda essa Era foi intelectualmente fértil. Os budistas apoiavam todas as formas de aprendizado;

construíram verdadeiras universidades onde eram ensinados, além do Budismo e da ciência védica, história, geografia, gramática, literatura sânscrita, drama, poesia, leis, filosofia, matemática, astrologia, astronomia, comércio, artes bélicas e medicina. A mais famosa destas universidades era a de Nalanda, que fechou suas portas por volta do século XII d.C., após quase 800 anos de funcionamento, equiparando-se na época, em status, ao que representa hoje a Universidade de Harvard.

A Era de Ouro acabou entre os séculos X e XII, quando o norte da Índia sofreu repetidas e violentas invasões dos muçulmanos, assassinando monges budistas, destruindo universidades e queimando bibliotecas. Aqueles que conseguiram escapar fugiram para o Nepal e para o Tibete levando poucos textos ayurvédicos; alguns destes são preservados hoje apenas na tradução tibetana.

Os conquistadores muçulmanos trouxeram para a Índia seu próprio sistema médico, mas o Ayurveda mesmo assim sobreviveu. No século XVI, Akbar, o maior imperador mongol, notavelmente esclarecido, ordenou que todo o conhecimento médico indiano fosse compilado, contribuindo ainda mais para a preservação do Ayurveda.

Durante os séculos XVI e XVII, quando foram abertas as rotas para o Oriente, os europeus, além de levarem novas doenças para a Índia, como a sífilis, desferiram golpes que foram quase fatais para o Ayurveda, difamando a sabedoria tradicional, fazendo o povo acreditar que ela seria causa de atraso no desenvolvimento da Índia.

O resultado foi que, após 1835, somente a medicina ocidental tinha reconhecimento legítimo nas possessões inglesas. A cultura e a medicina indianas foram activamente desencorajadas entre o próprio povo indiano; a tradição do ensinamento oral de mestre para discípulo se perdia $\frac{3}{4}$ os mestres morriam, e seu valioso conhecimento com eles. No início do século XX, com a ascensão do nacionalismo indiano, a arte e a ciência indianas ressurgiram e o Ayurveda voltou a renascer. Actualmente é um dos seis sistemas médicos reconhecidos na Índia: Ayurveda, alopatia, homeopatia, naturopatia, Unani, Siddha (variedade de Ayurveda praticada ao sul da Índia).

2.4.3. A Medicina Ayurvédica

Ayurveda abrange não só a ciência como também a religião e a filosofia. Ayurveda ensina que o Homem é um microcosmo, um universo dentro de si mesmo. A visão holística.

De acordo com os ensinamentos sobre ayurveda, todo ser humano possui quatro instintos biológicos e espirituais: religioso, financeiro, pró criativo e o instinto que procura a liberdade. A boa saúde equilibrada é o fundamento para a satisfação desses instintos.

Sistema medicina holístico, originário da Índia, onde é praticado há mais de cinco mil anos. É um ramo do *Atharva Veda*, uma das quatro grandes divisões dos Vedas. Os vedas são livros sagrados que, segundo a tradição hindu, foram compilados pelos *rishis* (sábios, “profetas da verdade”) que receberam esta ciência por meio de introspecção religiosa e da meditação, que permite o contacto com a consciência cósmica e os chamados arquivos *akásicos*, uma espécie de memória universal onde estaria registado todo o conhecimento do universo (como na teoria da consciência holográfica).

O sistema ayurvédico contém aspectos físicos, psicológicos e espirituais, e está relacionado a oito especialidades médicas: pediatria, ginecologia, obstetrícia, oftalmologia, geriatria, otorrinolaringologia, clínica geral e cirurgia. Cada especialidade é estudada com base nos seguintes conhecimentos:

1- Teoria dos cinco elementos éter, ar, fogo, água e terra.

2- Os três humores (biótipos) corporais ou *doshas*: ***vata, pitta e kapha***.

3- Os sete *dhatu*s (elementos de construção) ou tecidos vitais básicos: *rasa* (plasma); *rakta* (sangue), *mansa* (músculos), *meda* (gordura), *asthi* (ossos), *shukra* e *artava* (sêmen, tecidos reprodutivos).

4- Os três *malas* (excretas): urina, fezes e suor

5- A trindade da vida: corpo, mente e consciência espiritual.

Também vital é o *prana*, o *chi* para os chineses, a força vital interior, a qual dá vida ao fogo. O *prana* também está ligado à respiração e ao oxigênio, que alimentam o fogo. Se o fogo estiver fraco, então o corpo humano está debilitado.

As plantas usadas na medicina ayurveda são cerca de 800, embora em toda a Índia sejam usadas aproximadamente 2500.

Em relação aos três humores corporais apresenta-se o quadro síntese dos sintomas correspondentes:

	VATA (vento)	PITTA (fogo)	KAPHA (água+terra)
Mente	Agitado, inquieto, imaginário, nervoso, rápido, problemas do sistema nervoso	Crítico, eficiente, inteligente, perfeccionista	Calmo, lento, pensa antes de agir ou responder
Memória	Rápido mas esquece com celeridade	Memória fértil	Memória fértil e duradoura
Tempo/ clima	Aversão ao tempo frio	Aversão ao tempo quente	Aversão ao tempo frio e húmido
Sono	Sono leve e interrompido	Sono normal	Sono pesado, não despertam com facilidade e dormem em qualquer posição
Stress	Ansioso, preocupado, altamente excitado	Confuso, reage com irritabilidade	Inafectável, reage com teimosia
Apetite	Irregular	Normal	Sem problemas de passar sem comer
Humor	Instável (respiração controlada)	Intensa, não muda com facilidade	Normalmente não se altera
Funções	Bexiga, intestinos, respiração, testículos	Baço, coração, fígado e vesícula biliar	Cérebro, fluidos, saliva, paladar

Ensina que o Homem é um microcosmo (tal como na medicina tradicional chinesa), um universo em si mesmo.

A existência individual é inseparável da evolução cósmica na sua totalidade.

As mais avançadas teorias da física moderna penetraram no campo unificado de todas as leis da natureza. As características essenciais do campo unificado, trazidos à luz pelas teorias super simétricas do campo quântico unificado, estabelecem o campo unificado como o campo auto-referencial e auto-interactivo da consciência.

Agora se tomou claro para o mundo da ciência que tudo no universo tem sua base no campo unificado de todas as leis da natureza, e que tudo pode ser manipulado desta área única, com êxito, área que é tão íntima de cada um, pois é o self de cada um. Através de tecnologia do campo unificado, podemos manipular uma nação como um todo, e um indivíduo como um todo. É isto que autenticou a abordagem holística ayurvédica para a perfeita saúde, tanto do indivíduo quanto da sociedade.

Deepak Chopra, um dos expoentes desta área, em América, desenvolveu um novo modelo da fisiologia humana denominada "corpo quantum mecânico". Segundo este modelo, o corpo humano deve ser analisado a níveis subatômicos e mais refinados (quânticos) de funcionamento. Nesta ordem de grandeza, a matéria do corpo humano é tão rarefeita como o espaço intergaláctico. Chopra afirma que: "como resultado de tais questões,...o corpo não é somente um objecto, mas um processo - um processo muito fluido e dinâmico, continuamente interagindo com as miríades de influências do meio ambiente..."; "desta forma um físico quântico poderia ver o corpo como uma rede auto-ínteractiva de flutuações do campo unificado. O cientista védico experimente e compreende as flutuações do campo unificado como flutuações de consciência, como um fluxo contínuo e interactivo de inteligência" Neste modelo, os neuropeptídeos funcionariam como "modos de movimento da consciência ou inteligência, no ilimitado campo da consciência que é o campo unificado da lei natural"

Não existe nada no Universo que não possa ser usado como remédio.

Nenhuma raiz que não possa ser um remédio.

Nenhuma palavra que não seja um mantra.

Nenhum humano que não seja útil.

(aforismo ayurveda)

2.5. A MEDICINA GREGA

A fundadora da nossa medicina.

No início da civilização grega a arte médica sofreu enorme influência dos egípcios e babilônios. Os gregos utilizaram-se da matemática egípcia e da astronomia babilônica para fundamentar a filosofia e a lógica da medicina grega.

Acreditavam na influência dos deuses nas questões relativas à vida e à morte, sendo a doença vista, inicialmente, como uma punição dos deuses. Não acreditavam na reencarnação como os egípcios.

A religião grega era sobretudo antropomórfica. Acreditava-se em Zeus (Júpiter), a divindade principal, senhor de todos os deuses, e em um vasto panteão de deuses menores. Todos habitavam o Olimpo, eram imortais, mas tinham todas as fraquezas, as paixões e as virtudes humanas.

Apolo era o principal deus da Medicina, tendo ensinado sua arte ao centauro Quíron. Este, por sua vez, ensinou-a a Hércules, Jasão, Aquiles e a Asclépio, filho de Apolo. As filhas de Asclépio, Higéia e Panacéia, também o ajudavam nos rituais de cura. A doença era vista como punição dos deuses e, para ser prevenida ou interrompida, era necessário agradar ao deus com sacrifícios e rituais. Quando os deuses queriam punir a coletividade, mandavam pestes; quando a punição era individual, mandavam a loucura, a cegueira e a lepra.

Os gregos praticavam a catarse, tentando expulsar as enfermidades por meio de banhos rituais nos rios e de purificação pelo fogo e fumigatórios (com fumaças). Acreditavam tanto no contágio da doença (contacto com algo impuro), quanto no "contágio" da cura (contacto com algo curativo). A crença de que o semelhante traz o semelhante originou o uso de animais como receptores de doenças e o uso de suas vísceras após os sacrifícios.

Os templos de Asclépio (também chamado Esculápio) eram sempre em lugares altos e com água abundante. Ao seu redor haviam residências para os doentes, banhos, um Ginásio para exercícios físicos e um Odeon (pequeno teatro fechado onde se ouvia música e poesias). O templo em Epidauro tinha grafado à sua entrada o seguinte: "Puro deve ser aquele que entra no Templo perfumado. E pureza significa ter pensamentos sadios." Isso significa que, para os seguidores de Asclépio só existia cura quando primeiro se curava a mente, isto é, quando havia "metanóia", ou seja, transformação dos sentimentos.

Os sacerdotes recebiam os enfermos e faziam oferendas e sacrifícios ao deus.

A seguir, havia um ritual de abstinências, banhos, massagens e unções, que preparavam o doente para dormir perto da estátua de Asclépio.

Qualquer que fosse o sonho que tivesse, ele era interpretado pelos sacerdotes, que lhe medicavam de acordo. Com o correr o tempo e a experiência adquirida, fitoterapia e cirurgia também fizeram parte dos métodos de tratamento. Quando curado, o paciente dedicava ao templo uma peça de metal ou cera representando o órgão curado, e uma pequena tábuia em que grafava a descrição de seu caso.

Asclépio, ao contrário dos outros deuses olímpicos, se satisfazia com oferendas modestas e isto o tornou o médico de ricos e de pobres. Naquela época, a sociedade não se sentia responsável pelos pobres e os médicos (considerados artesãos) trabalhavam apenas por dinheiro, o que excluía qualquer ajuda médica aos indigentes, exceto aquela dos templos de Asclépio. Ademais, repouso, termas, alimentação adequada e seguimento continuado da evolução da doença custavam caro. Muitas vezes, os escravos eram tratados pelos próprios escravos dos médicos, que repetiam o tratamento que viam seus patrões aplicarem.

Na verdade, o trabalhador (livre ou escravo) não desejava mais que seu rápido restabelecimento, pois cada dia sem trabalhar punha em risco a sua sobrevivência. Assim, havia uma Medicina "resolutiva" para os pobres e outra, branda e natural, para quem podia se dedicar ao ócio.

A medicina grega baseada na mitologia identificava a cura a diversas divindades. Não apenas Apolo, Artemis, Atena e Afrodite, mas também os deuses do sub mundo eram capazes de curar ou evitar doenças.

O culto a Esculápio parece ter evoluído dessas entidades, pois o seu símbolo, a serpente, é uma representação antiga das forças do sub mundo da magia e um sinal sagrado do deus da cura entre as tribos semitas da Ásia Menor.

Entre os deuses, mas ocupando uma posição inferior ("do sub mundo"), invoca-se frequentemente Asclépios (Esculápio para o Ocidente).

Entre uma descendência numerosa destaca-se duas filhas, Higia (ou Higéia), ou Hygieia, a deusa da saúde, ensina as maneiras mais sãs de conduzir a nossa vida, responsável pelo bem-estar social, pela manutenção da saúde e prevenção das doenças, e que, nos legou a higiene e o higienismo, que será talvez uma das áreas do saber com maior caris ecológico, ou seja, equilíbrio higiênico (saudável) entre o Homem e meio ambiente, e Panaceia, ou Panakeia "aquela que tudo cura", versada em conhecimentos sobre todos os remédios da terra, as plantas, derivados da terra, portanto, da origem dos remédios. A procura da panaceia ou busca do que tudo cura ainda é a miragem dos dias de hoje.

Quando os tratamentos feitos por médicos falhavam, as pessoas procuravam auxílios em santuários.

O tratamento era constituído de banhos e jejum. Drogas (poções) eram empregadas para relaxar e adormecer os doentes. As curas deveriam acontecer durante o sono do paciente, que ao acordar deveria relatar seus sonhos. Antes da saída do templo o doente fazia uma oferenda em dinheiro ou objectos de valor e deixava o registro de sua cura numa placa a ser exposta na entrada dos templos, a fim de divulgar os sucessos alcançados.

Foi o culto a Esculápio que despertou nos gregos o interesse em reconhecer a importância que a esperança e a ansiedade do paciente tinham para sua cura. Aqui estávamos diante dos primórdios da psicoterapia ou da medicina psicossomática

2.5.1. Pitágoras (580-489 a.C.),

Entre os filósofos da altura que vieram até aos dias de hoje influenciar muitas áreas do saber incluindo a medicina, destaca-se Pitágoras, nascido em Samos, reconhecido enquanto matemático, estabelece entre muitas reflexões, a Universalidade dos quatro elementos: a terra, o fogo, a água e o ar, que se encontram também no corpo humano.

Essa mesma escola filosófica de Pitágoras sediada na cidade de Crotona (Itália meridional), proporcionou os fundamentos para a medicina científica.

O médico mais famoso da escola de Crotona foi Alcmeon, um jovem contemporâneo de Pitágoras que deu as bases científicas à medicina grega. Era um mestre da anatomia e da fisiologia – descobriu os nervos ópticos, a trompa de Eustáquio (ouvido) e fez a distinção entre veias e artérias. Em sua obra "Sobre a natureza" ofereceu explicações plausíveis (racionais) sobre as doenças e sugeria meios de prevenção e de cura. Entendia a doença como um desequilíbrio do corpo, sendo esta desarmonia decorrente de diversos factores como má nutrição (dietas irregulares ou inadequadas) e factores externos (clima e altitude).

Outro notável membro desta escola foi Empédocles (500–430 a.C.), cuja teoria dos humores perdurou por vários séculos. Acreditava que o mundo era composto por 4 (quatro) elementos: fogo, ar, terra e água.

Os líquidos corporais representados pelo sangue, linfa, bÍlis amarela e bÍlis negra eram representações destes elementos da natureza, sendo seu equilÍbrio a razão da saÍde humana. Assim terÍamos a seguinte combinação:

Fogo (quente): sangue; ar (frio): linfa; terra (seco): bÍlis amarela; água (húmida): bÍlis negra. Esta era a famosa Doutrina dos Humores.

Dos seus seguidores destaca-se ainda Anaximandro de Mileto, que procura demonstrar que toda a vida tem origem da gua.

2.6. HIPÓCRATES (460-375 a.C.)

Hipócrates (O Pai da Medicina) – Nascido na ilha de Cós, em 460 a.C., era filho e neto de médicos, tendo aprendido medicina com os mesmos, na então famosa Escola de Cós. Hipócrates conquistou enorme reputação devido a seu talento e habilidades extraordinárias. Substituiu os deuses pela apurada e perseverante observação clínica de seus pacientes. Foi o idealizador de um modelo ético e humanista da prática médica, dedicando-se de modo incansável à arte de curar. Criou métodos de diagnóstico, baseado na inquirição (filosofia) e raciocínio (lógica). As descrições de Hipócrates costumavam ser precisas e objectivas. Hipócrates escreveu diversas obras, sendo a ele atribuídos 72 textos e 42 histórias clínicas. As obras éticas e o juramento fazem parte do chamado *Corpus Hippocraticum*. Considera os efeitos ambientais a base essencial da arte médica. “Ares, águas e lugares”, um dos mais significativos livros do *corpus hippocraticum*, representa o que chamaríamos hoje de um tratado sobre ecologia humana.” Capra (1992). Uma obra de saúde pública.

Criou a Teoria dos Humores. Usou como base a Teoria dos 4 Elementos (Ar, Água, Terra e Fogo) criada por Empédocles.

Acreditava que o ar tivesse como qualidade básica ser húmido e quente; a água, úmida e fria; o fogo, quente e seco e, por fim, a terra, fria e seca. Húmida e quente era a primavera, assim como o sangue. Ao fogo correspondia o verão e a bile amarela. A terra correspondia ao outono e à bile negra (ou atrabile), enquanto a água, ao inverno e ao fleuma. Em resumo, 4 elementos, 4 qualidades, 4 estações e 4 humores, configurariam as essências postas em relação, determinando a saúde pela harmonia, e a doença nos desequilíbrios.

A predominância de um dos humores sobre os outros 3 definiria um tipo constitucional, mais susceptível a doenças características do desequilíbrio determinado pelo excesso daquele humor.

No melancólico, predomina a bile negra (atrabile); no pletórico, o sangue; no colérico, a bile amarela; no fleumático, o fleuma.

Entretanto, uma força directiva era necessária para gerar os humores a partir dos alimentos, mantê-los em movimento, combiná-los e equilibrá-los. Um "calor inato" foi imaginado e localizado no ventrículo esquerdo do coração e, por isso, o coração era tão quente e necessitava ser refrigerado constantemente pelo ar inspirado e expirado pelos pulmões.

A Escola de Cós, fundada por Hipócrates, interpretava as doenças dentro do quadro específico e peculiar de cada paciente, abordando-o como uma totalidade indivisível, apoiando-se a terapêutica mais nas reações defensivas naturais, que eram respeitadas.

Hipócrates, constatou a existência de 3 princípios curativos que se mantêm ainda actuais:

a) "Vis medicatrix naturae": a força curativa da Natureza, o poder do organismo de accionar seus mecanismos de defesa sem nenhum auxílio exterior, favorecendo uma conduta expectante do médico. A Natureza encontra os caminhos e meios por si mesma, e não como resultado do pensamento. A "vis medicatrix naturae" é uma força natural de cura no corpo humano que tende a restabelecer o equilíbrio perdido.

b) "Contraria contrariis curantur": os contrários são curados pelos contrários, base da terapia medicamentosa galénica (origem da actual Alopátia). O predomínio de um dos humores, determinando um quadro mórbido, requer uma intervenção contrária. Assim, se o quente é a causa mais próxima, recomenda-se o frio. Contra o seco, o húmido; na pletora, as evacuações. O sentido básico era de evacuar os humores excessivos, através das fezes, vómitos, urina e suores, configurando uma catarse ou limpeza corporal. A farmacopéia hipocrática compunha-se de mais de 300 remédios, a maioria vegetais, com propriedades purgativas, eméticas, diuréticas, diaforéticas (que fazem transpirar), etc.

c) "Similia similibus curantur": os semelhantes são curados pelos semelhantes, base da Homeopatia redescoberta e ampliada uns séculos mais tarde, mais precisamente no sec. XVIII.

A crença na cura pela Natureza tornou a medicina hipocrática essencialmente dietética e pedagógica, dando grande importância aos exercícios físicos, às massagens e aos banhos, especialmente os de mar. O fortalecimento do corpo no seu caminho próprio para a cura levava a uma intervenção que fosse semelhante ao comportamento da Natureza. Surgiu, assim, o princípio terapêutico de induzir no enfermo reacções análogas aos sintomas da enfermidade. Hipócrates dizia: "A doença é produzida pelos semelhantes e por estes o doente retorna à saúde. Deste modo, o que provoca a estrangúria que não existe, cura a que existe. A tosse, assim como a estrangúria, é causada e curada pelo mesmo agente..."

A medicina hipocrática é o desenvolvimento da antiga tradição grega de tratamento, cujas raízes remontam aos tempos pré-helénicos em que o processo de cura era considerado essencialmente um fenómeno espiritual.

No âmago da medicina hipocrática está a convicção de que as doenças não são causadas por demónios ou causas sobrenaturais, mas sim, fenómenos naturais que podem ser cientificamente estudados e influenciados por procedimentos terapêuticos.

"Não consideramos Hipócrates como o inventor da nossa medicina, mas sim o *velho de Cós*, grande iniciado dos templos de Thop, foi encarregado pelos seus sacerdotes e médicos-mágicos de levar seus conhecimentos para uma outra etapa do desenvolvimento da humanidade ocidental" (Brelet-Rueff 1991)

Traça o percurso da cientificidade científica da medicina, no entanto perde-se o caris filosófico e da influência do ecossistema humano, do meio natural.

Segundo René Dubos,

“ A importância das forças ambientais para os problemas da biologia, da medicina e da sociologia humanas nunca foi formulada com maior amplitude ou com visão mais penetrante no que na aurora da história científica” (cit. por Capra 1992, pag. 305).

Hipócrates reconheceu e deixou muita informação sobre os agentes que desenvolvem tanto a doença como a saúde. Para isso ele usa principalmente aos próprios recursos da natureza nas várias terapêuticas.

Mostra detalhes sobre a influência e o equilíbrio entre o Homem e seu ecossistema.

A tradição hipocrática tem desaparecido ao longo do tempo, esta sempre se baseou no meio envolvente, modo de vida e os vários componentes da natureza humana. Estas componentes são descritas como humores e paixões, que têm de estar em equilíbrio. Assim como a interação com o meio ambiente envolvente.

Entre outras das suas obras mais famosas se destacam: *Sobre as epidemias*, onde descreve doenças como pneumonia, tuberculose e malária; *Sobre a dieta*, alertando para a importância de uma dieta equilibrada e saudável; *Aforismos*, descrevem sua experiência quotidiana por meio de 400 provérbios, como estes:

“A vida é tão curta, a arte demora tanto a aprender, a oportunidade vai logo embora, a experiência engana e o julgamento é difícil”;

“A doença extrema requer curas extremas”.

Naturix medicatrix foi o seu grande princípio (e outro aforismo) “ poder curativo da natureza” e as próprias forças curativas do organismo humano.

O papel do médico consistia em ajudar essas forças naturais mediante a criação de condições mais favoráveis para o processo de cura.

Na essência estamos a falar do equilíbrio entre as forças Homem e meio ambiente, que no desequilíbrio, a própria natureza dispõe dos recursos para corrigir essa perturbação.

Segundo Hipócrates, fiel aos ensinamentos egípcios como já se referiu, há uma condição primeira e principal na vida: talento natural. Também necessita de trabalhar muito e durante muito tempo.

“...o estudo da medicina pode-se comparar à cultura das plantas. Aliás, o Homem tem como missão cultivar a terra, quer dizer, domesticar a matéria.

Começar a estudar cedo, muito jovem, é lançar a semente dos preceitos médicos na altura própria. Ter bons hábitos faz também parte das condições necessárias, porque os bons costumes são como o ar puro, que alimenta a semente e a faz crescer.

E o amor ao trabalho representa todos os cuidados que se tem de dar à terra para a tornar fértil” quem o refere??(Brelet-Rueff ,1991)

Aforismos de Hipócrates:

Há, em grego, duas palavras muito semelhantes: *aphórisma*, atos, que significa *posto à parte*, e *aphorismós*, oû, que, entre outras acepções, tem a de *definição curta, sentença*. Foi neste sentido que a palavra *aforismo* entrou para o vocabulário médico em um dos livros mais conhecidos e traduzidos da história da medicina: *Os Aforismos*, de Hipócrates. Ao todo são 413 sentenças agrupadas em 7 secções, resumindo todos os conhecimentos da medicina empírica da época.

O primeiro dos aforismos* hipocráticos é, talvez, a melhor definição da arte médica de todos os tempos, jamais superada: *A vida é breve, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganosa, o julgamento difícil.*

Alguns aforismos:

“...Certos médicos antigos não ignoravam as diversas categorias de enfermidades e a multiplicidade das suas divisões, mas observamos que se perderam quando pretenderam fazer uma classificação muito detalhada. Com efeito o que é importante não é tanto o dar-lhes um nome e separar cada enfermidade, por pouco que difira das demais, mas representá-las como continuando sendo essencialmente as mesmas, ainda que levem um nome diferente...”;

“...Mas em que consiste esta causa única? - Quando se produz uma alteração nos nossos humores, aumenta o calor do corpo, ocorrem em certas partes depósitos destes humores, excita-se a sensibilidade às dores e produzem-se grandes calores. O «fogo», aceso em todo o corpo, produz a febre...”;

“...Quando os humores viciados são abundantes, e arrastam e põem em estado enfermiço tudo o que estava são, toda a substância do corpo se encontra atacada e desorganizada; quando um humor se corrompe, e se estende a outra parte, leva até lá a enfermidade, a menos que seja purgado dela...”;

“...As enfermidades são crises de purificação humoral, de limpeza orgânica e de eliminação tóxica. Todas as enfermidades se curam por alguma evacuação, quer pela boca, pelo ânus, pela bexiga ou por um outro emunctorio. O órgão do suor (a pele) é um dos principais e comum a todos os males...”;

“...Os sintomas são defesas naturais. Quantas vezes aparecem sintomas que parecem enfermidades e não são mais que remédios das mesmas...”;

“...Há duas classes de febres: uma ataca a maior parte dos homens ao mesmo tempo – são as epidemias. Quando o ar se encontra infestado de miasmas, que são inimigos da natureza humana, uns homens caem enfermos, enquanto outros atacam os que cometem erros no regime e na maneira de viver...”;

** (do grego, o termo veio para o latim - *aphorismus* - e deste para as línguas modernas: inglês e alemão, *aphorism*; francês, *aphorisme*; italiano, espanhol e português, *aforismo*.)*

“...O mau regime consiste em que se dê ao corpo mais alimento do que pode suportar, seja sólido ou líquido, sem fazer um exercício que opere a combustão proporcionada pela excessiva abundância de comida, ou bem porque se usam manjares muito variados e diferentes na mesma refeição, que produzem a guerra no corpo por estar um digerido enquanto outro não o é ainda...”;

“...Há na economia um só fim, um só esforço, no qual participa todo o corpo. É uma simpatia universal: tudo é subordinado a todo o corpo; tudo o é também a cada parte. É a *Natura Medicatrix*, que protege, imuniza e cura...” e,

“...No interior do corpo existe um agente desconhecido que trabalha pelo todo e pelas partes. É ao mesmo tempo uno e múltiplo. É a natureza a que cura as enfermidades e encontra as vias necessárias sem necessidade de ser guiada pela nossa inteligência: não se ensina a abrir e a fechar os olhos, a mover a língua e a maioria dos actos essenciais da vida. Sem o socorro de nenhum mestre, a natureza é suficiente em tudo, e para tudo...”

Existe ainda, entre muitos outros, provavelmente depois de *primun noncere* (primeiro não prejudicar), o mais lembrado pela medicina naturopática:

Que o teu alimento seja a tua única medicina; que a tua única medicina seja o teu alimento.

Hipócrates é hoje universalmente distinguido como o pai da medicina, estudante dos filósofos conhecidos na altura, suas obras reflectem teorias emitidas por eles. Da mesma forma quando combina diferentes plantas ou descobre medicamentos se inspira nos papiros da medicina egípcia.

Hipócrates segue a tradição universal da ajuda natural para o reequilíbrio que se pretende natural como é a origem do Homem. Tem uma relevância na história da medicina e o seu epíteto de “pai da medicina” não se revê na tecnocientificidade da medicina dos dias actuais. O seu juramento não está a ser aplicado como os próprios meios de tratamento que outrora respeitava a natureza natural do Homem, hoje tratados quase somente por substâncias químicas menosprezando o meio onde vive e trabalha o Homem.

Assim, Hipócrates o mais importante na perspectiva histórica com os seus métodos, abordagem e interpretação dos processos de doença e saúde hoje essas teorias e práticas mais visíveis e aplicadas pelo terapeutas da medicina não convencional vulgo alternativa e/ou complementar.

Quanto ao processo de cura Hipócrates identificava-o como uma força natural intrínseca e que só ela curava, cabia ao médico ajudar essas forças naturais criando um ambiente e condições favoráveis a desenvolver-se esse processo, esse é o significado original da palavra terapia, que deriva do grego *therapeuin* (“dar assistência”, “cuidar de”).

Além de definir o papel do terapeuta como o de um assistente para o processo de cura natural, os seus escritos apresentam também um código de ética médica, utilizado hoje nas universidades de medicina no final dos seus cursos conhecido como juramento de Hipócrates:

JURAMENTO de Hipócrates

Na coleção de 72 livros contemporâneos da escola hipocrática, conhecida como *Corpus hippocraticum*, há sete livros que tratam exclusivamente da ética médica. São eles: *Juramento, Da lei, Da Arte, Da Antiga Medicina, Da conduta honrada, Dos preceitos, Do médico*.

Sobressai dentre eles o *Juramento*, a ser proferido por todos aqueles considerados aptos a exercer a medicina, no momento em que são aceitos como tal pelos seus pares e admitidos como novos membros da classe médica. O juramento hipocrático é considerado um património da humanidade por seu elevado sentido moral e, durante séculos, tem sido repetido como um compromisso solene dos médicos, ao ingressarem na profissão.

Em português há várias traduções, a maioria baseada nos textos clássicos em inglês ou francês, e outras feitas directamente do texto grego, hoje facilmente acessível em reproduções impressas.

Transcreve-se, a seguir, a tradução em português de Bernardes de Oliveira, autor do livro *A evolução da medicina até o século XIX*, baseada no texto inglês de Jones:

Juramento de Hipócrates

"Juro por Apolo Médico, por Esculápio, por Higéia, por Panacéia e por todos os deuses e deusas, tomando-os como testemunhas, obedecer, de acordo com meus conhecimentos e meu critério, este juramento: Considerar meu mestre nesta arte igual aos meus pais, fazê-lo participar dos meios de subsistência que dispuser, e, quando necessitado com ele dividir os meus recursos; considerar seus descendentes iguais aos meus irmãos; ensinar-lhes esta arte se desejarem aprender, sem honorários nem contratos; transmitir preceitos, instruções orais e todos outros ensinamentos aos meus filhos, aos filhos do meu mestre e aos discípulos que se comprometerem e jurarem obedecer a Lei dos Médicos, porém, a mais ninguém. Aplicar os tratamentos para ajudar os doentes conforme minha habilidade e minha capacidade, e jamais usá-los para causar dano ou malefício. Não dar veneno a ninguém, embora solicitado a assim fazer, nem aconselhar tal procedimento. Da mesma maneira não aplicar pessário em mulher para provocar aborto. Em pureza e santidade guardar minha vida e minha arte. Não usar da faca nos doentes com cálculos, mas ceder o lugar aos nisso habilitados. Nas casas em que ingressar apenas socorrer o doente, resguardando-me de fazer qualquer mal intencional, especialmente ato sexual com mulher ou homem, escravo ou livre. Não relatar o que no exercício do meu mister ou fora dele no convívio social eu veja ou ouça e que não deva ser divulgado, mas considerar tais coisas como segredos sagrados. Então, se eu mantiver este juramento e não o quebrar, possa desfrutar honrarias na minha vida e na minha arte, entre todos os homens e por todo o tempo; porém, se transigir e cair em perjúrio, aconteça-me o contrário".

A **Declaração de Genebra**, a mais antiga e conhecida de todas, tem sido utilizada em vários países na solenidade de recepção aos novos médicos inscritos na respectiva Ordem ou Conselho de Medicina. A versão clássica em língua portuguesa tem a seguinte redacção:

" Eu, solenemente, juro consagrar minha vida a serviço da Humanidade. Darei como reconhecimento a meus mestres, meu respeito e minha gratidão.

Praticarei a minha profissão com consciência e dignidade.

A saúde dos meus pacientes será a minha primeira preocupação.

Respeitarei os segredos a mim confiados.

Manterei, a todo custo, no máximo possível, a honra e a tradição da profissão médica.

Meus colegas serão meus irmãos.

Não permitirei que concepções religiosas, nacionais, raciais, partidárias ou sociais intervenham entre meu dever e meus pacientes.

Manterei o mais alto respeito pela vida humana, desde sua concepção. Mesmo sob ameaça, não usarei meu conhecimento médico em princípios contrários às leis da natureza.

Faço estas promessas, solene e livremente, pela minha própria honra."

Em 1994, a Assembléia Geral da Associação Médica Mundial modificou ligeiramente o texto. Sua versão em português ficou com a seguinte redação:

"No momento de me tornar um profissional médico:

Prometo solenemente dedicar a minha vida a serviço da Humanidade.

Darei aos meus mestres o respeito e o reconhecimento que lhes são devidos.

Exercerei a minha arte com consciência e dignidade.

A saúde do meu paciente será minha primeira preocupação.

Mesmo após a morte do paciente, respeitarei os segredos que a mim foram confiados.

Manterei, por todos os meios ao meu alcance, a honra da profissão médica.

Os meus colegas serão meus irmãos.

Não deixarei de exercer meu dever de tratar o paciente em função de idade, doença, deficiência, crença religiosa, origem étnica, sexo, nacionalidade, filiação político-partidária, raça, orientação sexual, condições sociais ou econômicas.

Terei respeito absoluto pela vida humana e jamais farei uso dos meus conhecimentos médicos contra as leis da Humanidade.

Faço essas promessas solenemente, livremente e sob a minha honra."

2.7. A MEDICINA CHINESA



O TAO

O TAO manifesta-se em todas as coisas através da interacção dinâmica de duas forças complementares, **YIN E YANG**,

O desequilíbrio das energias Yin e Yang produz consequências para o homem e para a natureza, e a morte significa o cessar da energia "chi".

O círculo exterior representa o TAO existe a representação do Yin-Yang por duas figuras simétricas de cores diferentes, há uma pequena parte de yin no yang e vice versa.

O céu foi criado por acumulo de yang, a terra por acumulo de yin, o céu e a terra representa o movimento e o repouso controlados pela sabedoria da natureza.

O equilíbrio = saúde, é o resultado harmonioso e interactivo entre o yang (universo) e yin (corpo humano – microcosmo), exemplos:

YIN	YANG
Escuro	Claro
Fêmea	Macho
Terra	Céu
Noite	Dia
Lua	Sol
Frio.	Calor
Interno	externo
Repouso	trabalho
Retracção	expansão

Juntamente com a teoria do Yin e do Yang, a teoria dos 5 elementos é um dos dois pilares da Medicina Oriental

No Huang Ti Nei Ching , o Clássico de Medicina Interna do Imperador Amarelo, os 5 elementos eram um factor central, enquanto em outros textos clássicos o mesmo não ocorre. - **A TEORIA DO 5 ELEMENTOS** é um sistema filosófico aplicável não só à medicina, mas como também para todas as coisas. Tudo pode ser classificado de acordo com essa teoria

Os 5 elementos podem ser entendidos como fases ou movimentos das energias yin e yang.

Os cinco elementos (água, madeira, fogo, terra e metal) são os cinco elementos básicos que constituem a natureza.

As imagens dos elementos Água, Madeira, Fogo, Terra, Metal representam as forças naturais que juntas formam um ciclo dinâmico.

O primeiro dos 5 elementos, a **Água**, deve ser entendido como a energia Yin em uma fase condensada e relativamente estática, refletindo a dormência do período de Inverno e da Noite. Os órgãos que representam o elemento Água no corpo humano são os RINS E A BEXIGA.

O segundo elemento, a **Madeira**, é indicativo de uma fase acelerada, onde há a energia yang nascente (e ascendente), representada pela Primavera e pelo Amanhecer. Nesse estágio o elemento Madeira utiliza a força dormente do elemento Água para dar direcção a essa energia. Os órgãos que representam o elemento Madeira no corpo humano são FÍGADO E VESÍCULA BILIAR.

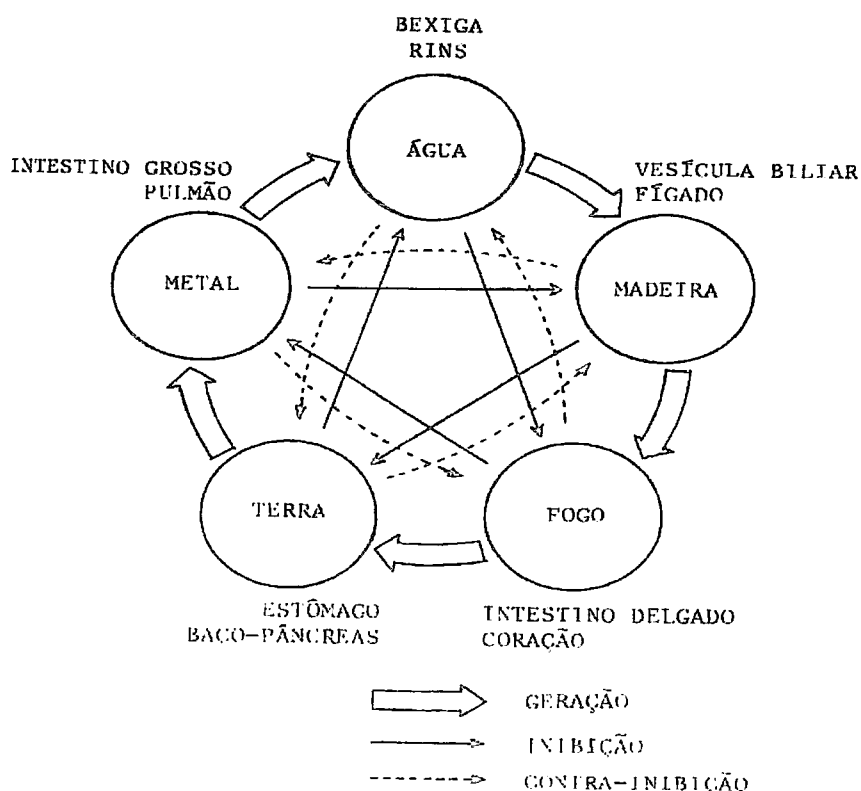
O elemento **Fogo** simboliza a energia Yang no seu estágio mais radiante e expansivo. Essa fase é representada pelo Verão e pelo meio-dia. O Fogo acolhe a urgência por movimento e envolvimento, proveniente do elemento Madeira e dá a isso a razão de viver, a consciência e a auto-estima.

Os órgãos e funções que representam o elemento Fogo no corpo humano são CORAÇÃO, INTESTINO DELGADO, PERICÁRDIO(ou CIRCULAÇÃO e SEXUALIDADE) e TRIPLO AQUECEDOR .

O elemento **Terra** sucede ao Fogo e nesse estágio a energia yang começa a decair, dando lugar ao Yin descendente. O período de chuvas após o Verão é o que melhor reflecte essa fase, juntamente com o cair da tarde. O elemento Terra acolhe o ideal da razão de viver, inerente ao Elemento Fogo, e o torna real, harmonizando a consciência com pensamentos concretos e o espírito com corpo. Os órgãos que representam o elemento Terra no corpo humano são o **BAÇO E PÂNCREAS** e o **ESTÔMAGO**.

O quinto e último elemento é o **Metal**. É a fase onde a energia Yin está aglutinada e concentrada. O Metal acolhe a natureza formadora do elemento Terra e a refina, adicionando ordem e definição. A estação do ano é o Outono e o período do dia é o crepúsculo (final de tarde), períodos de quietude e reflexão. O elemento Metal está associado tanto com a necessidade de interacção, quanto ao desejo de manter distância e um certo isolamento. Os órgãos que representam o elemento Metal no corpo humano são **PULMÃO** e **INTESTINO GROSSO**.

Os 5 elementos não existem isoladamente. Eles estão intimamente ligados em dois ciclos principais, chamados de ciclos de Criação e de Controle mútuos (inibição).



O Ciclo de Criação Mútua

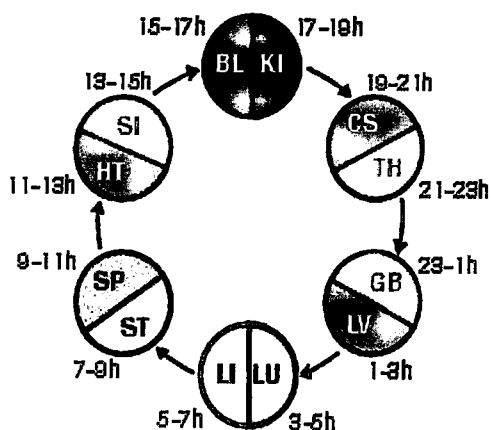
- **A Madeira absorve a Água através das plantas e Árvores**
- **O Fogo queima e consome a Madeira**
- **As cinzas do Fogo descem ao solo e são absorvidas pela Terra**
- **Dentro da Terra são produzidos os minérios que formam o Metal**
- **O Metal é derretido e retorna ao estado líquido (Água)**

O Ciclo de Controle Mútuo ou Inibição

- **A Água extingue o Fogo**
- **O Fogo derrete o Metal**
- **O Metal corta a Madeira**
- **A Madeira consome a Terra**
- **A Terra limita o caminho da Água**

Circulação de Energia

- Cada meridiano integrante da grande circulação de energia tem um período de duas horas diárias de actividade máxima, e uma de actividade mínima que se alterna com este, a cada doze horas, segundo a seguinte ordem:



03 às 05 h- Pulmão

05 às 07 h- Intestino Grosso

07 às 09 h- Estômago

09 às 11 h- Baço-Pâncreas

11 às 13 h- Coração

13 às 15 h- Intestino Delgado

15 às 17 h- Bexiga

17 às 19 h- Rins

19 às 21 h- Circulação Sexo

21 às 23 h- Triplo Aquecedor

23 à 01 h- Vesícula Biliar

01 às 03 h- Fígado

A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) tem uma longa história. Na remota antiguidade, nossos ancestrais criaram uma medicina primitiva durante suas lutas contra a natureza. Ao procurarem por alimento descobriram que alguns alimentos tinha a propriedade específica de aliviar ou eliminar certas doenças. Este foi o começo do encontro e uso de plantas medicinais. Ao aquecerem-se ao redor do fogo descobriram que o modo de aquecimento localizado com pedras quentes ou terra envolta em casca ou pele de animais contribuía para aliviar ou eliminar certos sintomas de doenças. Eles praticaram e melhoraram este método repetidamente e então gradualmente deram à luz as terapias da compressa quente medicamentosa e moxabustão (planta prensada em forma de charuto ou cigarro que aceso age através do calor local).

Ao cabo de utilizarem implementos de pedra como ferramentas de produção, notaram, por acaso, que a dor numa parte do corpo era aliviada quando uma outra parte era picada. Surgiu então o tratamento com *bian shi* (agulhas de pedra) e agulhas de osso. Isso gradualmente resultou na terapia por acupuntura.

Nasceu depois a terapia dos Canais. As teorias da MTC vieram principalmente da prática e foram continuamente enriquecidas e expandidas pela prática. Há mais de 2.000 anos atrás foi realizado o *Cânion de Medicina*, o mais antigo dos clássicos de medicina existente. Tornou-se conhecido para gerações posteriores em dois livros: *Questões Comuns e Pivot Miraculoso*. O último é também chamado de *Cânion de Acupuntura ou Nove Volumes*. O livro, *Cânion de Medicina* descreve de forma extensa e sistemática as experiências de tratamentos anteriores e as teorias de medicina, trata longamente da anatomia, fisiologia e patologia do corpo humano, e do diagnóstico, tratamento e prevenção de doenças, na base das realizações de outras ciências naturais, e sob a direcção do antigo materialismo ingénuo e da dialéctica espontânea.

Ele lança a fundamentação básica para as teorias da MTC. Clássico em Problemas Médicos é um tratado clássico de medicina que pode comparar-se ao Cânon de Medicina. Foi publicado antes da dinastia Han (206 a.C.- 220d.C). A lenda conta que o livro foi compilado por Qin Yueren. Também trata de fisiologia, patologia, diagnose, tratamento e assim por diante, completando o que falta ao *Cânon de Medicina*.

Das dinastias Qin e Han (221 a.C. - 220 d.C.), médicos no interior da China começaram a receitar mais e mais chifre de rinoceronte (*Cornu Rhinocerotis*), âmbar (*Succinum*), chifre de antílope (*Cornu Antelopis*) e almíscar (*Moschus*) das nacionalidades da minoria; polpa de Longan (*Arillus Longan*), semente de Litchi (*Semen Litchi*) do Mar do Sul da China e mesmo substâncias medicinais do Sudeste da Ásia e outras regiões, como resultado de comunicações e transporte sempre crescentes tanto dentro como fora da China. Isso enriqueceu o conhecimento de medicina do povo chinês.

O livro *O Ervanário* é o primeiro clássico existente em matéria médica legado daquele tempo. É o sumário do conhecimento farmacêutico que era conhecido antes da dinastia Han.

Não somente ele discute com riqueza de detalhes 365 espécies de remédios mas também registra e narra teorias farmacológicas de "Jun, Chen, Zuo e Shi", monarca, ministro, assistente, e guia), indicando as diversas ações dos remédios numa prescrição, "Qi, Qing He, He" (sete condições para fazer prescrições) "Si Qi" (quatro propriedades dos remédios,) "Wu Wei"(cinco espécies de gostos: azedo, amargo, doce, picante e salgado) e assim por diante.

Prática clínica de longa data e pesquisas científicas modernas provaram que a maioria dos efeitos dos remédios registrados neste livro são verdadeiros, como com relação à Efedra chinesa (*Herba Ephedrae*) utilizada no tratamento da asma, a raiz de "cordão de ouro" (*Rhizoma Coptidis*) receitada para disenteria, o sargaço (*Sargassum*) receitado para bócio e assim por diante;

Zhang Zhongjing, médico famoso da MTC na dinastia oriental de Han (300 a.C.), fez um estudo completo de clássicos tais como Questões Comuns, Cânon de Acupunctura, Clássico sobre Problemas Médicos e semelhantes. Enquanto isso coligiu amplamente outras prescrições eficazes. Por fim escreveu um livro combinando o que havia aprendido com suas descobertas na prática clínica. O título do livro é *Tratado sobre Doenças Febris e Doenças de Causas Várias*. Ele analisa e diferencia doenças febris de acordo com a teoria dos seis Canais, doenças de causas várias de acordo com as mudanças patológicas dos Órgãos-Zang e Órgãos-Fu e suas correlações, e em assim fazendo estabelece o sistema teórico e princípios terapêuticos da medicina chinesa, isto é, diagnóstico e tratamento baseados numa análise global de sinais e sintomas. Ele lança os fundamentos para o desenvolvimento da medicina clínica.

O livro, *A-B Clássico de Acupunctura e Moxabustão*, consiste de 12 volumes, 128 capítulos e é o mais antigo remanescente clássico sobre acupunctura e moxabustão na China. Não somente ele se refere a órgãos-Zang e Órgãos-Fu, Canais e Colaterais, Acupontos, patogénese, diagnóstico, manipulação de acupunctura, contra-indicações de acupunctura, indicação de pontos de acupunctura etc., mas também verifica o número total dos pontos de acupunctura daquela época e dá uma lista de 349 localizações de pontos (49 pontos individuais e 300 pontos duplos). Também discute as propriedades terapêuticas de cada ponto em cada parte do corpo e suas proibições, e sumaria os métodos de manipulação de agulhas. Ele exerceu grande influência sobre a medicina de acupunctura e moxabustão em todo o mundo.

Foi exigido pelas autoridades japonesas lá por 701 d.C. como um dos livros de leitura obrigatória para candidatos ao grau de Bacharelado em Medicina.

Em 610 d.C., Chao Yuanfang, juntamente com outros, compilou o livro *Tratado Geral sobre Causas e Sintomas de Doenças* que é o clássico mais antigo remanescente sobre etiologia e síndrome na China. Tem 50 volumes, divididos em 67 categorias, e lista 1.700 síndromes e expõe respectivamente a patologia, sinais e sintomas de várias doenças relativas à medicina interna, cirurgia, ginecologia, pediatria, assim como os cinco órgãos dos sentidos. O livro contém descrições detalhadas e precisas da etiologia e patogênese de algumas doenças.

Por exemplo, ele indica claramente que algumas infecções paralisantes têm muito a ver com a dieta, e afirma que a *teníase* resulta da ingestão de carne crua. Além disso, registra muitas operações tais como anastemose intestinal, aborto provocado, extracção dental. Isto mostra que a cirurgia alcançou um alto nível naquela época.

No tempo das dinastias de Sui e Tang, a China estava politicamente unificada, tornou-se próspera na economia e cultura e gozava de rápido desenvolvimento na comunicação e transporte internos e externos, resultando na importação de mais e mais substâncias medicinais e numa experiência mais enriquecedora para médicos na administração de remédios. Veio então o tempo em que as realizações na farmacologia precisavam ser sumariadas daí em diante. Em 657 d.C., o governo da dinastia Tang instruiu Su Zjing para chefiar cerca de 20 médicos na correcção e recompilação do livro, *Matéria Médica Chinesa*. Esta tarefa foi terminada em 659 d.C., e um novo livro intitulado *A Matéria Médica* recentemente revisada na Dinastia Tang ou *A Matéria Médica Tang*. É a primeira farmacopéia de seu género oficializada pelo governo na antiga China, e a mais antiga farmacopéia no mundo promulgada pelo Estado. Ela é 883 anos mais antiga do que a Farmacopéia de Nüremberg, oficializada pelo governo de Nüremberg na Europa em 1542 d.C..

Estes dois livros tratam de problemas chave de cada departamento clínico: acupunctura e moxabustão, dietoterapia, prevenção, preservação de saúde etc. Sua brilhante realização notável é no tratamento das doenças por deficiência.

Por exemplo, ele se deu conta de que pacientes que sofriam de bócio e semelhantes estavam entre os que viviam nas montanhas por longo tempo e bebiam um tipo de água prejudicial.

Em 752 d.C., Wang Tao escreveu um tratado, Os Segredos Médicos de um Oficial. O livro contém 40 volumes, 1.104 categorias (dos quais 1.048 foram comprovados) e apresenta mais ou menos 6.000 prescrições. Ele pode com certeza ser conhecido como uma maestria em prescrições disponíveis antes da dinastia Tang.

Na dinastia Song (960-1279 d.C.), maior atenção foi dedicada à educação em termos de MTC. O governo estabeleceu o Departamento Médico Imperial, que era então o mais alto órgão a educar médicos qualificados. Os cursos designados para os estudantes eram Questões Comuns, Clássico em Problemas Médicos, Tratado de Doenças Febris, Tratado Geral sobre as Causas e Sintomas de Doenças e assim por diante. Também melhoraram consideravelmente os métodos de ensino. Por exemplo, em 1026 d.C., Wang Weyi, um especialista em acupunctura e moxabustão, projectou duas figuras em bronze no tamanho natural e mandou fundi-las para uso em classe e no exame de alunos de acupunctura e moxabustão.

Nos tempos das dinastias de Jin e Yuan (1200-1400 d.C.) apareceram muitas escolas médicas no círculo da medicina chinesa, cada uma das quais tinha suas próprias características.

Quatro delas são mais típicas. A primeira delas foi a Escola do Gelado e Frio, fundada por Liu Wansu (1120-1000 d.C.), que pensava que vários sinais e sintomas da doença, "shang han", (que é um termo geral para doenças febris devido a factores patogénicos exógenos) muitas vezes tinham alguma coisa a ver com Fogo e males do Calor, assim os remédios de uma natureza gelada e fria poderiam ser usados para tratá-los.

A segunda era a Escola do Ataque e Limpeza comandada por Zhang Congzheng (1156-1228 d.C.), que afirmava que a doença resultava da invasão de factores exopáticos para dentro do corpo humano, que tão logo a doença era descoberta, esforços deveriam ser feitos para repelir os factores exopáticos, serviam para este fim, a diaforese e purificação.

A terceira escola estava representada por Li Dongyuan (2280-1251 d.C.), que acreditava que "Os danos internos do Baço e Estômago eram a causa de muitas espécies de doenças e que, assim, a coisa mais importante no tratamento devia ser aquecer e revigorar o Baço e o Estômago." Porque no que concerne à teoria dos cinco elementos, o Baço estava contido na "terra", esta escola era conhecida como a Escola do Alimento da Terra. A quarta era a Escola do Alimento da Essência.

Seu fundador foi Zhu Zhenheng (1281-1358 d.C.). Ele pensava que yang (o aspecto funcional dos órgãos internos) estava em geral em excesso, enquanto yin (o aspecto estrutural dos órgãos internos) estava em deficiência, isto é, o yang do corpo era muitas vezes excessivo, enquanto o yin era deficiente; assim alimentando a essência e purificando o Fogo seriam as medidas principais tomadas no tratamento de doenças. Li Shizhen (1518-1593 d.C.) era um grande médico e farmacêutico na dinastia Ming. Ele teve uma compreensão clara das formas crescentes de muitas plantas medicinais subindo as montanhas para colher ervas medicinais por si mesmo e fazendo pesquisas conscienciosamente em muitos lugares, dissecando alguns ingredientes medicinais de animais e observando seus efeitos ao seguir seus indícios, e comparar e refinar alguns minerais medicamentosos. Ao mesmo tempo ele consultou mais do que 800 espécies de documentos. Ao fazer isso ele pôde escrever este livro: *Compêndio de Matéria Médica*.

Levou 27 anos para terminá-lo. Este livro arrola 1.892 remédios e mais do que 10.000 prescrições. É uma grande contribuição para o desenvolvimento da farmacologia tanto na China como em todo o mundo.

Cerca do XI século a medicina chinesa começou a usar vacina anti-variólica na prevenção contra a varíola, tornando-se a pioneira no mundo em imunologia. Do XVII ao XIX século, doenças infecciosas espalhavam-se continuamente. A Escola de Doenças Febris Epidémicas apareceu e cresceu na luta contra elas. Wu Youxing, médico dessa escola na dinastia Ming, pensou que o surto de uma doença infecciosa não era devido ao Vento ou ao Frio, ou Calor do Verão ou Humidade, mas devido a influências atmosféricas nocivas e impuras, que ele chamou de abominável ar de mau agouro (factor epidémico nocivo). Ele destacou que esse ar abominável e de mau agouro entrava no corpo humano por meio da boca e do nariz. As pessoas, velhas e jovens, fortes e fracas, ficariam doentes sempre que tivessem o ar dentro delas, o que marcou um rompimento na tradicional teoria da MTC, que afirmava que as doenças entravam no corpo somente através de sua superfície. Esta foi sem dúvida uma grande descoberta, porque ocorreu no meio do século XVII, quando a bacteriologia ainda não tinha sido descoberta.

Até à dinastia Qing, ricas experiências no tratamento de doenças febris, incluindo doenças infecciosas e não-infecciosas, tinham sido amplamente acumuladas na MTC.

A teoria de tratamento a este respeito foi mais tarde desenvolvida, e formou-se uma nova teoria com relação ao tratamento de doenças febris epidémicas, i.e., ao se tratar uma doença epidémica era preciso tanto analisar, diferenciar ou julgar seu desenvolvimento pelo estudo das quatro condições ou estágios de seu processo:

- Sistema wei (defensivo superficial),
- Sistema qi (defensivo interior),
- Sistema ying (construtivo ou nutritivo) e,
- Sistema xue (sangue).

Como analisá-lo e diferenciá-lo de acordo com as mudanças patológicas do Triplo Aquecedor (três fases das doenças febris: superior, média e inferior). Os trabalhos representativos expondo a teoria acima são: *Tratado sobre Doenças Febris Epidêmicas* por Ye Gui, *Análise Detalhada de Doenças Febris devido à Humidade e Calor* por Xue Xue, *Tratado sobre a Identificação e Tratamento de Doenças Febris Epidêmicas* por Wu Tang, (Compêndio sobre Doenças Febris Epidêmicas por Wang Shixiong, só para mencionar alguns. Wang Qingren (1768-1831 d.C.), médico da dinastia Qing, escreveu um livro intitulado *Correcções de Trabalhos Médicos* na base do que ele tinha descoberto durante autópsias e em sua própria prática clínica.

Em seu livro, ele corrigiu erros de autópsia em livros médicos antigos, e desenvolveu a teoria de que a estase do sangue (incluindo sangue estagnado e sangue extravasado) resultava em doenças, e os métodos de tratar tais espécies de doenças. Nos últimos 100 anos, com o amplo uso da medicina ocidental na China, surgiu uma nova situação na qual a MTC e a medicina ocidental estão se desenvolvendo lado a lado. Muitos trabalhadores da medicina chegaram à conclusão de que a medicina chinesa e a medicina ocidental têm suas próprias vantagens.

Tem sido realizado esforços para combinar estas duas escolas e promover uma série de ideias sobre como assimilar as duas escolas na teoria e na prática. Tem tomado corpo gradualmente uma nova tendência ou escola combinando a medicina chinesa e a ocidental. Suas figuras e trabalhos representativos são os seguintes: Tang Zonghai (1862- 1918 d. C.) e seu livro *As Cinco Espécies de Livros Convergindo a Medicina Chinesa e a Ocidental*, Zhu Peiwen, por volta da metade do século XIX, e seu *Tratado sobre Ilustrações dos Órgãos Internos* tanto na Medicina Chinesa como na Ocidental, Zhang Xichun (1860-1933 d.C.) e seu *Registros da Medicina Tradicional Chinesa e da Ocidental em combinação e assim por diante*. Hoje a maioria dos estudiosos da Medicina Chinesa advogam que as medicinas chinesas e ocidentais, combinadas, deviam avançar juntas e existir lado a lado por um longo tempo.

Elas são ambas o fruto de trabalho árduo prolongado, inteligência e sabedoria de toda a humanidade. Qualquer uma delas tem méritos e defeitos. No entanto ambas têm o ser humano como seu objecto de estudo. Daí deverem cooperar e aprender uma com a outra, aprendendo dos pontos fortes da outra a compensar suas próprias fraquezas.

É previsível que a medicina chinesa e a ocidental gradualmente se tornarão uma só entidade, em parte devido ao rápido avanço da ciência e tecnologia mundiais e em parte em razão do desenvolvimento constante da medicina chinesa e da medicina ocidental na prática e na teoria e da sua renovação e osmose mútua, a humanidade gozará desse novo tipo de medicina no futuro.

A medicina tradicional chinesa atingiu agora um novo estágio de desenvolvimento. Em 4 de Janeiro de 1986 o Conselho de Estado da República Popular da China decretou que fosse estabelecido o Departamento Administrativo de Estado da MTC e Farmácia. Este corpo dominante exerce controle sobre MTC e matéria médica chinesa, a combinação passo-a-passo da medicina chinesa e ocidental, assim como a docência médica e trabalho de pesquisa da medicina nacional e da farmácia em toda a China. Na China, com respeito a MTC, há agora 340.000 médicos, 1.500 hospitais com 100.000 leitos, 26 faculdades e 30 academias.

Na pesquisa de MTC tem sido dada grande importância não somente à sistematização e compilação dos documentos das diversas épocas, mas também à aplicação de abordagens científicas modernas na condução de pesquisas em termos das teorias básicas da MTC. Como resultado, muito aperfeiçoamento tem sido feito no tratamento de doenças comuns, de doenças frequentemente encontradas e de casos difíceis e complicados. Do que foi dito acima, não é difícil de ver que a MTC é uma medicina tradicional que tem uma longa história, grande valor prático e perspectivas sem limite.

A China constitui-se num país de história complexa, que observou uma evolução contínua e conheceu pouquíssimas influências externas. Criou uma civilização original e profunda, expandindo conhecimentos em todas as áreas da aventura humana.

A Medicina Clássica (Tradicional) Chinesa constitui-se numa das mais antigas doutrinas médicas da humanidade, ainda em uso corrente e albergando um conjunto de procedimentos terapêuticos em contínua evolução e modernização que não despreza, todavia, seus milenares recursos e postulados. As práticas terapêuticas citadas no Huang Di Nei Jing (Cânon interno do imperador amarelo) possuem raízes de sementes de há mais de 5.000 anos antes da era cristã, portador de infinitos ensinamentos imemoriais.

O mais antigo manuscrito preservado do Nei Jing data de 720^a C., no período Zhou, época marcada por grande florescimento cultural.

O livro é uma compilação em duas partes: o Suwen ("Questões sobre a emergência da vida") expõe toda a doutrina, a fisiologia energética entre os zang fu, a teoria dos meridianos, as fases do diagnóstico e os estágios observáveis nas evoluções das doenças; e o Lingshu ("Eixo dos espíritos"), que trata das condutas terapêuticas, dos preceitos práticos e modos de efectivar os tratamentos.

Juntamente com o Shennong Nong ("Matéria médica do agricultor divino"), surgido no primeiro século da era cristã, dedicado aos fitoterápicos e suas condições de uso; e do Shang han lun ("Tratado dos ataques causados pelo frio"), escrito por Zhang Ji no século IV d.C., onde estão expostas as causas, etiologias e tratamentos para as "doenças frias", conformam tais obras a mais sólida base para o entendimento da Medicina Clássica Chinesa, que inclui ainda as massagens, a quiroprática, a dietética e o ki cong.

Nos primeiros cinco séculos da era cristã o movimento taoísta exerceu larga influência na China. Deixou suas marcas junto à medicina, criando a noção de hospitalização e desenvolvendo sobretudo seu perfil preventivo, estreitando vínculos com os conhecimentos astronómicos, dos ciclos das estações e as estratégias de acção no tempo/espaço. O I Ching e o Tao te king são duas obras que não podem ser perdidas de vista, ao se tratar dos primórdios da medicina clássica. O wu wei (princípio taoísta de oportunidade na acção) passa a ser uma directriz para o acupuncturista.

Novo surto de desenvolvimento médico ocorreu na dinastia Song (960-1279), quando muitas compilações de antigos ensinamentos foram realizadas e novos livros foram escritos. Os primeiros bonecos de bronze com a localização de pontos para facilitar o ensino da acupunctura datam deste período, assim como mapas e diagramas com o trajecto dos meridianos. Obras clínicas com estudos de doenças, desenvolvimento da moxabustão e outras técnicas igualmente conhecem expansão.

O interesse pela anatomia física cresce e, entre 1041 e 1048, diversos condenados à morte foram dissecados, com a finalidade de estudo. Sem abandonar as preocupações arcaicas, porém, surgem inovações nos tratamentos: o desenvolvimento do "método da Tartaruga Mística" (que utiliza complexas equações astronómico-matemáticas para inferir pontos de tratamento); bem como um crescente interesse pela etiopatogenia. Uma nova sistematização de pontos e meridianos é empreendida, generalizando-se as considerações sobre a circulação horária dos Sopros (energia: Qi).

Um formidável aumento no número de prescrições da farmacopéia ajudou a consolidar este importante campo de recursos terapêuticos.

Na dinastia Yuan (1279-1368) quatro escolas doutrinárias disputam a primazia sobre os princípios de base: a do heijin (consolidação da relação entre o meio ambiente e as patologias); a do gongxia pa (que se bateu pelo princípio de fixar o qi correcto do paciente); a do wen bu, wen pai (que elegeu a regulação do Baço/Estômago como um princípio central de terapêutica); e a do ciyin pai (que recomendava, sobretudo, reforçar o yin do paciente):

Nos séculos seguintes estas quatro escolas irão se absorver e se adaptar mutuamente. As quatro escolas médicas continuarão as suas divergências e datam do século XVII as discussões em torno da localização do mingmen ("portal da vida"). Tanto a farmacopéia quanto a profilaxia ganham novos impulsos no século XVIII, consolidando- a.

Os Ming e os Qing governarão a China entre 1368 e 1911. Após um período de poucas inovações, a medicina clássica conhecerá outra grande fase de desenvolvimento no século XVI, com a publicação da *Grande Enciclopédia Universal de Medicina do Passado e do Presente*, em 1556.

Multiplicam-se novos textos de carácter prático e um novo género pedagógico: os estudos de caso. Nos séculos seguintes obras sobre as diversas fases do passado e sobre a vida de médicos ilustres serão publicadas.

Em meados do século seguinte instalam-se na China, através dos missionários europeus, os primeiros hospitais vinculados à medicina ocidental. Tradição preventiva dos recursos chineses destinados à saúde e à longevidade, atingindo todas suas instituições.

Em 1840 tem início a derrocada do longo Império Amarelo: em sua expansão colonialista a Inglaterra conquista Hong Kong e, logo após, outras cidades do país. A Guerra do Ópio, as invasões russa e japonesa, colocarão a China em permanentes tumultos, Através de um decreto imperial a medicina tradicional terá seu exercício limitado e será considerada oficialmente banida do território; embora nunca deixasse de ser praticada nos vilarejos e entre os camponeses.

Em 1911, com a proclamação da República, a Medicina Clássica Chinesa voltará a ser oficializada e conhecerá novo impulso.

Após 1949, com a República Popular, ela ganhará uma notável e decisiva expansão, quer dentro da própria China quer no âmbito internacional, estando actualmente em Portugal em franca expansão.

As diferenças básicas entre as medicinas ocidental e chinesa, (segundo Hong Jin Pai, Wu Tu Hsing e al.):

- Primeiro, os princípios subjacentes e as abordagens de ambos sistemas são diferentes. A medicina ocidental supera os problemas físicos dos problemas mentais e emocionais, enquanto que, a medicina chinesa aborda as enfermidades de uma maneira holística.
- Segundo, a medicina chinesa usa a medicina natural em oposição a medicina ocidental que usa análogos sintéticos de produtos naturais.
- Terceiro, a medicina chinesa, diferentemente da medicina ocidental, não isola os distúrbios emocionais ou nutricionais das desordens físicas no tratamento. De facto, ela atribui as causas internas das doenças aos desequilíbrios da dieta e as sete emoções.
- Quarto, as drogas usadas na medicina chinesa podem ser individualmente moldadas para adequar aos sintomas do paciente em oposição às drogas ocidentais que são padronizadas e uniformes.
- E finalmente, o quinto, as fórmulas herbáceas chinesas não geram efeitos colaterais quando tomadas na quantidade apropriada, e a acupunctura na mão de um profissional.

Para concluir recorde-se que o conceito de equilíbrio é fundamental. Os clássicos afirmam que as doenças tornam-se manifestas quando o corpo perde o equilíbrio e o *chi* não circula apropriadamente.

As causas desse desequilíbrio são múltiplas e têm origem na dieta, na falta de sono, falta de exercício, ou por se encontrar em desarmonia com a família, colegas ou sociedade, o corpo pode nessa ocasião perder o seu equilíbrio, e mais susceptível surge a doença nesses momentos.

O médico ideal para os chineses é um sábio que tem uma grande sabedoria e trata nos pacientes de forma individual. (Capra 1992)

Notícias sobre uma forma exótica de medicina praticada pelos chineses já chegavam ao Ocidente desde 1255, com a "Viagem à Terra dos Mongóis", de William de Rubruk. Padres jesuítas portugueses, ao viverem longos períodos no Japão à partir do século XVI, puderam conhecer mais detalhes da forma japonesa de praticar a medicina chinesa. No século XVII começaram os relatos médicos propriamente ditos, feitos por médicos ocidentais que viveram na Ásia, como Jakob de Bondt, Buschof, Willem ten Rhijne, Engelbert Kaempfer.

Houve então um período de enorme interesse pela acupunctura, que já havia passado quando Dabry de Thiersant publicou em 1863 "A Medicina dos Chineses", citando inclusive trechos do "Da Cheng". Talvez por causa da presença francesa na Indochina, somente na França ainda encontraríamos algum interesse esporádico em acupunctura, até que Soulié de Morant publicou "A Acupunctura Chinesa". Soulié de Morant tentou despertar o interesse médico pela acupunctura, porém o fato de não ser médico contribuiu para uma reação negativa por parte da comunidade científica da época.

Alguns dos termos empregados por ele, como "energia", "meridianos", permanecem em uso até hoje em algumas escolas ocidentais de acupunctura.

Depois, surgem os trabalhos de Chamfrault, e Niboyet, médicos franceses pioneiros, além de Nguyen van Nghi, médico vietnamita que vive na França.

O interesse da comunidade médica foi finalmente aceso quando houve a notícia de que o jornalista americano James Reston foi tratado com acupunctura, e de que na China a acupunctura era usada como analgesia em cirurgias. Várias clínicas de dor crónica passaram a usá-la como terapia, e com o despertar do movimento alternativo, existem cada vez mais pessoas interessadas nesta medicina oriental e, mais e mais médicos passaram a se interessar pela acupunctura.

2.7.1. A Macrobiótica

A Macrobiótica (do Grego Macro - grande, e Bios - vida), literalmente Vida Grande, é uma filosofia milenar que abarca todos as facetas da vida como parte integrante de um sistema de equilíbrio de duas forças antagónicas e complementares que constitui o Universo, conhecidas por Yin e Yang - O Princípio Único.

Tudo o que existe tem propriedades Yin e Yang em proporções diferentes e mutáveis. O Universo é dinâmico e tudo está em constante transformação numa "dança" em que o equilíbrio é a chave para a estabilidade do par.

Na realidade, a macrobiótica é muito mais do que uma simples dieta, é uma filosofia e um estilo de vida que tem como objectivo último ajudar a criar seres humanos mais íntegros, saudáveis e responsáveis e consequentemente uma sociedade mais pacífica e espiritualizada (Varatojo, 1999).

A prática alimentar é de suma importância mas não o único factor desta filosofia e, apesar de relativamente simples nos seus princípios alimentares este regime é extraordinariamente versátil, saboroso e saudável.

De filósofos gregos a escritores, historiadores e cientistas muitas pessoas no decurso da história humana professaram princípios quer filosóficos quer alimentares ou de saúde, semelhantes aqueles que actualmente chamamos de macrobiótica.

No entanto, nos tempos modernos a palavra parece ter sido cunhada no séc. XVIII por um médico alemão chamado Christopher Von Hufeland. Von Hufeland foi o médico pessoal de Goethe e em 1796 escreveu o livro “Macrobiótica ou a Arte de Prolongar a Vida Humana”. Para este médico, que praticou na altura em que viveu uma forma invulgar de medicina, o segredo para uma vida saudável e longa era a cultura apropriada da “Força da Vida” e existem inúmeros paralelos entre as recomendações de Von Hufeland e as recomendações macrobióticas dos tempos modernos.

Um século antes no Japão, Ekken Kaibara (1630-1716), um ávido estudioso da natureza e dos princípios éticos e sociais escreveu o livro Yojokun, traduzido com o nome Segredos Japoneses para uma Boa Saúde;

Para Kaibara a saúde e a felicidade, tal como a doença e a infelicidade são a criação de cada um e algumas das suas muitas observações incluem:

“Cada um tem a vida nas suas mãos”,

“A doença nunca surge sem razão” ou

“As calamidades advém daquilo que dizemos e a doença daquilo que colocamos na boca”.

A macrobiótica na sua vertente moderna, inicia-se no entanto no séc. XIX com um médico japonês, Sagen Ishizuka (1850-1910). Ishizuka foi treinado segundo os melhores princípios médicos da Europa e exerceu medicina como médico do exército até ter contraído uma doença renal incurável. Começou a estudar os clássicos de medicina oriental e curou-se rapidamente mudando de alimentação.

A partir daí começou a fazer experiências consigo mesmo e chegou à conclusão que a alimentação era a causa principal de todas as doenças e de todos os problemas humanos particularmente, segundo ele, o desequilíbrio entre sódio (Na) e potássio (K) no regime alimentar. Ishizuka falava 4 ou 5 idiomas diferentes, estudou exaustivamente quase todas as áreas do conhecimento humano.

O legado de Sagen Ishizuka é verdadeiramente extraordinário, para alguém que viveu na sua era: conseguiu questionar com sucesso os princípios da medicina alopática e nutrição modernas; criou um sistema eficaz para a edificação de seres humanos mais sãos, que era acima de tudo alimentado por um sonho de um mundo de paz.

Ishizuka foi o criador da primeira organização macrobiótica mundial a que deu o nome de Shoku-Yo Kai.

George Ohsawa (1893-1966), de seu verdadeiro nome Yukikazu Sakurazawa, foi a pessoa que assumiu a direcção da Shoku-Yo Kai uns quantos anos após a morte de Ishizuka Sagen e que, mais do que qualquer outro, contribuiu para a expansão da Macrobiótica no Japão, Europa e América.

Dotado de um carisma inigualável, George Ohsawa deu milhares de conferências na Europa, particularmente na França e em Bélgica e reuniu um bom número de discípulos como Michio e Aveline Kushi, Herman e Cornelia Aihara, Tomio e Bernardete Kikuchi, Françoise Rivière, Shizuko Yamamoto e muitos outros que, um pouco por todo o Mundo, continuaram o seu trabalho até agora.

Faleceu em 1966. Actualmente Michio Kuchi é o divulgador major da macrobiótica.

2.8. A MEDICINA ROMANA

Foi enorme a influência da medicina grega na prática médica romana, tendo sido gregos os primeiros e os mais importantes médicos em Roma. Os primeiros médicos gregos que chegaram a Roma eram charlatães, que gradualmente foram substituindo os serviços médicos praticados por escravos, sacerdotes, barbeiros e massagistas.

Os etruscos, que precederam os romanos, possuíam algum conhecimento de medicina. Acredita-se que os sacerdotes etruscos serviram de médicos aos romanos, que herdaram conhecimentos importantes de odontologia, de hidroterapia e sobre instalações sanitárias. Os etruscos também praticavam o diagnóstico por meio de adivinhações, utilizando-se de vísceras de animais, principalmente o fígado.

O primeiro médico grego a conseguir fama e honra em Roma foi Archagathos, no ano 219 a.C., um escravo livre que praticava a cirurgia. Asclepíades de Prusa, nascido cerca de 125 a.C., chega a Roma em 91 a.C., foi o primeiro médico grego com formação (em Alexandria) a fazer sucesso em Roma. Descrevia as doenças como alterações dos humores e defendia a ideia de um corpo formado por partículas (átomos) que se moviam através de poros ou canais, sendo saúde e doença resultantes da contração ou relaxamento dessas partículas. Durante o Império a medicina romana, por influência de famosos e bem sucedidos médicos gregos, tomou grande impulso, em particular nas questões relativas ao ensino médico.

Com a morte de Aclepíades verifica-se um afluxo de médicos gregos para Roma.

Famosos escritores romanos, chamados de enciclopedistas, contribuíram para a elaboração de famosos tratados sobre medicina, destacando-se Celso e Plínio.

2.8.1. Aulo Cornélio Celso (sec. I)

Foi o primeiro escritor médico a traduzir os termos gregos para o latim. Foi cognominado o *Cícero da Medicina* devido à qualidade e pureza do seu estilo. Estudando os ferimentos de guerra, descreveu detalhadamente o processo inflamatório, por meio de seus quatro pontos cardeais: rubor, tumor, calor e dor. Celso, em sua grande obra médica, possivelmente resultado de tradução de textos gregos (*De res médica ou De arte médica*), descreveu diversas cirurgias, como as plásticas de nariz, lábios e orelhas, e as destinadas ao tratamento de hemorragias e de fracturas e classifica doenças.

Em sintonia com Hipócrates, afirmava:

“...a melhor medicina é a alimentação dada oportunamente...”.

2.8.2. Caio Plínio Segundo (23-79 d.C.)

Plínio o Velho, foi considerado o maior naturalista romano. Sua grandiosa obra, *História Natural*, em 37 volumes, revela uma admirável erudição. Nesta obra encontram-se variados registros sobre plantas medicinais e remédios a base de excreções de animais, bem como, conhecimentos sobre Anatomia, Fisiologia, Patologia e Farmacologia. Dos 37 volumes de sua obra, 13 foram dedicados às drogas, principalmente as originadas de plantas, entretanto, 19 remédios eram oriundos apenas do crocodilo.

2.8.3. Sorano de Éfeso (98-138 d.C)

Na época romana, tanto a magia quanto a habilidade da parteira eram importantes para o sucesso do parto.

O primeiro grande obstetra foi Sorano de **Éfeso** (98-138 d.C.). Era membro da escola metodista e praticou medicina em Alexandria. Escreveu um memorável tratado sobre as doenças femininas, condutas nos partos e contracepção – *Sobre as doenças das mulheres*. É considerado o Pai da Ginecologia e Obstetrícia.

2.8.4. GALENO

Em Roma os procedimentos médicos racionais eram mesclados com práticas excêntricas e inusitada farmacopéia. O vinho era prescrito livremente, assim como as massagens, os banhos, as dietas e o repouso. Havia mais de 200 instrumentos cirúrgicos disponíveis para as operações.

Como visto anteriormente, no período imperial verificou-se um maior desenvolvimento da medicina racional. Neste período, nenhum médico em Roma foi tão aclamado e decisivo para a medicina romana como o grego Claudio Galeno. Nasceu em Pérgamo, por volta de 130 d.C., tendo estudado em Esmirna e Alexandria. Domina a medicina no sec II. No ano de 162 partiu para Roma, onde conquistou reputação de bom médico e escritor, contando com particular apoio de dois imperadores – Marco Aurélio e Lúcio Vero. Famoso era o génio experimental de Galeno e sua pouca tolerância com os demais médicos, insinuando que seus (os dele) conhecimentos acerca do diagnóstico e da terapêutica eram incomparáveis. Assim os seus contemporâneos não gostam dele, mas nem por isso deixa de ser arrastado pela corrente da época; assim, foi qualificado de “naturista” por duvidar da eficácia dos seus tratamentos, exprimindo a ideia de uma natureza benévola presidindo à cura, *natura medicatrix*. Pretendeu reabilitar Hipócrates, mas à luz das suas convicções.

Galeno escreveu excelentes obras sobre Anatomia (Sobre preparações anatómicas) e Fisiologia (Sobre o uso das partes do corpo). Pode-se hoje qualifica-lo de “organicista”: cada alteração é proveniente da lesão de um órgão, opondo-se ao sistema vitalista, global.

Os tratamentos empregados por Galeno derivavam do conceito da acção dos opostos (*contraria contrariis curantur*) – a terapia dos opostos (alopatia)- “para curar, apliquemos o remédio que produz efeitos contrários à enfermidade”.

Adoptava a teoria do pneuma (espírito animal, espírito vital e espírito natural) para suas explicações sobre as doenças; embora repudiando Hipócrates, ao qual com frequência se opõe, adopta a sua teoria de quatro humores. Além das dietas e das inúmeras drogas por ele desenvolvidas, também utilizava a fisioterapia e acções semelhantes. Galeno desenvolveu inúmeras preparações farmacológicas, sendo considerado o “Pai da Farmácia”.

Muitas verdades escreveu, há uma frase comumente utilizada associada a este autor que diz “tudo pode ser veneno, depende só da quantidade”.

2.9. A MEDICINA ÁRABE

O início da Idade Média é marcado por uma enorme influência do cristianismo sobre as diversas expressões culturais. O etnólogo René Pother escreveu o seguinte “ as ciências árabes não existem senão para a pátria árabe; o único elo que une os muçulmanos é a religião”.

A medicina, por influência do caridoso espírito cristão, uma vez que a Igreja encarava o cuidado dos doentes como uma missão, passa a ser encarada mais como obrigação moral (sacerdócio) do que como uma profissão remunerada. Esta forma de pensamento chegava a influenciar mesmo os movimentos considerados heréticos pela Igreja. A seita nestoriana? é um bom exemplo – expulsos do Império, os nestorianos se instalam na Pérsia, onde fundaram a Escola Médica de Gondishapur (berço da medicina árabe).

A expansão do mundo árabe inicia-se a partir da unificação dos diversos povos que habitavam a península arábica. Inicialmente, os semitas árabes uniram-se aos sumérios, originando a poderosa civilização babilónia. Todavia, a vida religiosa era confusa e diversificada (judaísmo e cristianismo), sendo a unificação política e religiosa possível a partir das revelações de Maomé, que deram origem ao islamismo: religião monoteísta fundada sobre os ensinamentos do Corão – o livro sagrado do Islão.

A religião é a ciência acima de todas as outras, um único conhecimento é indispensável, o do Corão.

Para a medicina árabe, enorme influência tiveram os textos dos médicos gregos Hipócrates e Galeno, que eram traduzidos do grego para o árabe. Vários hospitais e bibliotecas médicas foram construídos a fim de impulsionar a medicina árabe.

A Escola de Córdoba – No século X, a cidade espanhola de Córdoba tornou-se o centro cultural da Europa. A população de mais de um milhão de habitantes dispunha de cerca de 52 hospitais. As escolas médicas árabes introduziram na medicina um grande número de drogas (químicas e herbáceas).

Entre os medicamentos introduzidos pelos árabes destacam-se o âmbar, a almíscar, cravos-da-índia, pimentas, gengibre, a noz-moscada, a cânfora, a sena, o cassis e a noz-vômica.

2.9.1. Aviceno, ou Ibn Simâ em árabe (980-1037 d.C.)

Foi médico, filósofo, alquimista, astrólogo, mestre e cort esão. Viveu muito tempo em Pérsia, onde praticou a alquimia e astrologia, devendo-se a ele os melhores tratados sobre alquimia até hoje conhecidos.

Denominado de Galeno do Islão, nas suas “ Regras de Medicina” descreve bases de anatomia e principalmente a maneira de conservar o corpo com boa saúde.

Aviceno insiste numa medicina profiláctica em prol da medicina curativa, dando ênfase a boas práticas como a higiene, dietética, exercício físico e duração do sono. Como exemplo, indica o passeio de carro lento como exercício de reeducação à vista.

Foi um dos sábios mais notáveis do Oriente, deve-se a ele a classificação das ciências, usada nas escolas medievais europeias.

Uma outra característica da medicina árabe que muito influenciou a medicina na Europa medieval foi o hospital. O hospital árabe era local de enorme efervescência cultura e científica, servindo a propósitos variados além da actividade médica – possuíam fontes, salões de leitura, bibliotecas, capelas e dispensários. Os conhecimentos da medicina grega foram fortemente enriquecidos pelos avanços dos árabes, em especial nas áreas da Química, Botânica, Farmácia e Administração Hospitalar.

2.10. A MEDICINA BIZANTINA

A Igreja controlava a prática médica em Bizâncio. Além desta, no entanto, fervilhavam os feiticeiros e todo um mercado de amuletos, feitiços e encantamentos. Afinal, numa sociedade que não acreditava nem em drogas nem no estudo do enfermo havia poucas oportunidades para os médicos. Na Biblioteca do Vaticano encontra-se o famoso Juramento de Hipócrates escrito em formato de cruz num manuscrito bizantino do século XII.

Deste modo, a medicina bizantina era essencialmente dogmática, orientada pela fé cristã que recorria aos espíritos de cura. Acreditava-se que cada santo era capaz de curar moléstias específicas, como Santo Artemis nas perturbações genitais e São Sebastião nas pestilências. As doenças e a morte eram, assim, consideradas como uma visitação divina, sendo considerada blasfêmia qualquer tentativa de explicação racional para as moléstias da época.

Os primeiros médicos cristãos foram aceitos com certa dificuldade, como os gémeos árabes Cosme e Damião, de início martirizados pelo imperador romano Diocleciano e posteriormente beatificados e reverenciados com um santuário erguido em Constantinopla.

2.10.1. Oribásio

O mais célebre médico bizantino foi Oribásio, nascido em Pérgamo (cidade de Galeno) e aluno de Zeno de Chipre. Foi médico palaciano do imperador Juliano, tendo escrito diversas obras sobre dieta na gravidez, contracepção e patologias infantis. Sua famosa obra Euporista era um manual de orientação sobre acidentes e doenças que poderiam ocorrer a viajantes que não dispusessem de auxílio médico imediato.

2.10.2. Alexandre de Trália

Alexandre de Trália, irmão do arquitecto que planejou a basílica de Santa Sofia, foi um médico de rara independência mental. Seus 12 livros foram traduzidos para o árabe e o latim. Era um profissional de muita experiência, para a hemoptise ele sugeria repouso e poções de vinagre.

O último dos grandes médicos bizantinos foi o cirurgião e ginecologista-obstetra **Paulo de Égina**, que mencionou as ligaduras de trompas, descreveu os pólipos nasais e realizou extirpação de amígdalas.

Quando, no século XV, o Império Bizantino desintegrou-se, a medicina na Europa encontrava-se em franca expansão – eram famosas as escolas médicas de Salerno, Bolonha, Montpellier e Oxford – iniciava-se, assim, o Renascimento.

O primeiro centro medieval de Medicina leiga surgiu junto ao Mar Etrusco, numa estação de cura. Na cidade de Salerno, ao sul de Nápoles, durante o século X, reuniu-se uma comunidade de médicos, professores, estudantes e tradutores, com a finalidade de criar a primeira faculdade de medicina do Ocidente.

Seu corpo docente de médicos, professores, freiras e monges foi o primeiro dos tempos medievais.

No Renascimento, continuaram os estudos sobre a anatomia humana. A publicação, em 1543, do tratado de anatomia *De Humani Corporis Fabrica*, obra do anatomista belga **Vesálio**, foi um marco na história médica.

O médico espanhol **Miguel Servet** foi o primeiro a descrever, de forma correcta, o sistema circulatório ou circulação dos pulmões e a explicar a digestão como fonte de energia corporal.

A medicina dos séculos XVI e XVII caracterizou-se pelo racionalismo científico, fundamentado nas experimentações e no espírito crítico.

Durante o século XVI, as universidades italianas, francesas e alemãs libertaram-se gradualmente dos credos e ensinamentos eclesiásticos. Contribuiu enormemente para o desenvolvimento da medicina nesta época a invenção da imprensa.

Os médicos renascentistas eram humanistas e letrados; pertenciam a classes privilegiadas e tinham estudado em importantes universidades.

2.10.3 Leonardo da Vinci (1452-1519)

Italiano, um dos mais brilhantes e completos humanistas do Renascimento, representou a essência desta comunhão de conhecimentos. Ao longo de sua vida, a obra de Leonardo da Vinci incorporou as tendências de cada um dos movimentos culturais da época e ele foi de pintor e escultor a urbanista e engenheiro; de músico e filósofo a físico e botânico; de inventor a médico. Leonardo da Vinci, mestre das artes e das ciências, interessou-se pela anatomia, sem preconceitos e com um enorme senso de observação; seus desenhos demonstram que ele foi o criador da ilustração médica e da arte de desenhar em anatomia e fisiologia – do ponto de vista histórico poderia ser considerado o pai da anatomia.

As fontes principais eram os ensinamentos de Hipócrates, Galeno e Avicena, sendo, contudo, cada vez mais praticadas as dissecações e os estudos de anatomia e fisiologia. A anatomia e a cirurgia, até então ensinadas em conjunto, a partir de 1570 tornaram-se disciplinas autónomas. Aos poucos surgiram inúmeros estudiosos com a finalidade de questionar os autores clássicos.

2.10.4. PARACELSO (1493?- 1541)

A medicina universitária, seguidora dos ensinamentos clássicos, encontrou no alemão Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, vulgo **Paracelso**, um formidável oponente, ferrenho inimigo. Paracelso dedicou-se ao estudo da medicina, da magia e da alquimia, sendo defensor de uma medicina baseada em novos conceitos, diversos daqueles ensinados por Galeno.

Paracelso, nascido na Suíça, desenvolveu inúmeros preparados farmacêuticos, optando por fórmulas mais simples e com ingredientes provenientes da natureza. Utilizou inúmeras substâncias minerais, como enxofre, mercúrio, chumbo, cobre, ferro e antimónio.

Para ele o organismo humano não é mais que um espelho ínfimo do macrocosmos, cada víscera estando associada a um astro numa relação recíproca: o coração ao sol, o fígado a Júpiter. Os metais reflectem os planetas, e alquímica de Paracelso mais não faz que perpetuar a alquimia e astrologia medievais.

Uma das muitas biografias novas de Paracelso foi financiada em 1993 por uma conhecida indústria farmacêutica em Basel, Suíça. Uma tardia reabilitação, exactamente no seu 500º aniversário (ele teria nascido em Dezembro de 1493) para o médico que há muito foi perseguido pela Justiça. Em seu 500º aniversário, sua cidade natal homenageou-o com um simpósio de quatro dias: "Simpósio Científico de Einsiedeln", um congresso médico que prometeu levar os participantes a "uma acção colectiva" e deixar "aparecer Paracelso basicamente em momentos espontâneos". O congresso se anunciou como uma "ciência prática e inovativa", e o organizador cumprimentou os participantes, enfatizando especialmente a fogueira (feita por Paracelso em público) na qual aquele cientista queimou livros considerados académicos em seu tempo...

Uma onda de artigos foi publicada em jornais e revistas durante todo ano de seu aniversário.

Alguns elogiaram Paracelso como pioneiro da medicina total, outros como pioneiro farmacêutico, químico, alquimista, filósofo, astrólogo e mago. Ele é o padroeiro favorito de farmácias, clínicas e sociedades de vários tipos. Os títulos que recebeu vão desde "Pai da Medicina Naturalista", "Trismegisto da Suíça", até "Lutero da Medicina". Personalidade atacada e perseguida durante toda a vida, hoje ele continua sendo muito criticado. Mas, então, o que esse Homem tinha de tão inesquecível?

Paracelso nasceu em Einsiedeln, Suíça, como Theophrastus Bombastus von Hohenheim, não sendo muito favorecido pela natureza: era baixinho, corcunda e gago. Depois de terminar a escola, trabalhar num laboratório e nas minas de Karnten, ele seguiu os passos de seu pai, começando a estudar medicina em Viena e terminando de promover-se em Ferrara, Itália. Desde então, viajou quase continuamente pela Europa. Tentou estabelecer-se como médico em Salzburgo, mas foi expulso porque simpatizou com os agricultores rebeldes.

Em Estrasburgo recebeu o título de cidadão, mas partiu para Basel, logo depois, como médico. Ali, após muitos desentendimentos com colegas médicos, farmacêuticos e o próprio conselho da cidade, Paracelso recebeu uma ordem de prisão em 1528, forçando sua fuga da cidade. Ele viajou pelo país como uma espécie de médico-cigano, até voltar para Salzburgo em 1540, chamado pelo bispo daquele lugar. Faleceu logo depois, com apenas 48 anos.

Vai até aqui a parte confiável da biografia desse Homem que se chamou Paracelso até hoje não se sabe por quê. Queria ele dizer com isso que estava acima ou para além de Celso, famoso médico romano da Antiguidade? Não se sabe a data exacta de seu nascimento. Hohenheim, como é frequentemente chamado na literatura, deixou muitas dúvidas a seu próprio respeito, possibilitando numerosas especulações e lendas.

Seus escritos, originariamente com mais de 8 (oito) mil páginas, por um lado chegaram apenas parcialmente até nós; por outro, sua maneira misteriosa de expressar-se possibilita várias interpretações.

Além disso, seu modo de comportar-se não era o mesmo do médico convencional, sem falar de suas opiniões, tão provocativas para aqueles tempos, tanto em se tratando de medicina, política ou filosofia. Existem até histórias de que ele era alcoólatra. Usava frequentemente palavrões e foi a primeira pessoa a dar conferências em alemão - e não em latim, como era costume na Universidade de Basel.

Como já dissemos, Paracelso queimou em público vários livros de medicina tradicional. Ele acreditava em elementais, silfos, gnomos, fadas e na cabala; usava talismãs astrológicos, mágicos. Dizem que ele teria descoberto o "fogo vital", o "magnetismo animal", oficialmente descoberto por Franz-Anton Mesmer. E ele também sabia que existia uma aura...

Mesmo que Paracelso se ocupasse intensamente com astrologia, alquimia e magia, questões esotéricas, sociais e filosóficas ele era principalmente médico, e é nessa função que seu nome é conhecido hoje em dia. Na verdade, em seus escritos a medicina ocupa o primeiro lugar e ele a praticou e leccionou durante toda a sua vida. Em todo o caso, Paracelso não via o médico apenas como um profissional para eliminar os sintomas de uma doença, um modo completamente diferente do que era costume naquela época (e ainda é hoje).

Sua opinião sobre a doença fica muito mais próxima do conceito moderno, porque se baseia numa imagem "cósmica" do mundo e da humanidade, indo muito além da visão tradicional da sua época, que se baseava na doutrina dos fluidos de Hipócrates. Segundo o ponto de vista tradicional, a doença era cansada por mau funcionamento e mistura dos quatro fluidos do corpo: sangue, catarro, bílis preta e amarela. Paracelso modificou a opinião existente naqueles dias definindo a saúde como equilíbrio e doença com o desequilíbrio de todas as energias presentes.

Em lugar da teoria dos quatro humores, criou a Teoria das Cinco Causas ("Entitus Morborum"):

"...As cinco entidades que engendram todas as enfermidades - diremos pois que o nosso corpo é sujeito a cinco entidades; que uma só entidade contém nela todas as enfermidades, e com elas um certo poder sobre o nosso corpo, pois há cinco classes de hidropisias, o mesmo número de icterícias ou enfermidades reais, o mesmo número de febres e outro tanto de classes de cancros. E isto é também verdade para todas as demais enfermidades. A influência dos astros é a «entidade dos astros»; a segunda influência é a «entidade do veneno»; a terceira que debilita o nosso corpo, o mina por uma má complexão, é a «entidade natural»; a quarta é a «entidade dos espíritos sobrenaturais», que têm o poder de violentar o nosso corpo e desgastá-lo; a quinta entidade é «Deus»".

A arte de curar, de acordo com Paracelso, apoia-se em quatro pilares: a filosofia, que significa, antes de mais nada, "abrir-se ao conjunto das forças naturais, observar essas forças invisíveis na penetração da realidade total e perceber o invisível no visível". A astronomia, que nos ensina como as estrelas nos influencia; a alquimia, útil principalmente na preparação dos remédios; e *virtus*, a honestidade do médico. De acordo com Paracelso, o médico é a imagem primordial de uma pessoa que está se aperfeiçoando. Mais do que qualquer um, o médico deve reconhecer a acção da natureza invisível no doente ou, em se tratando do remédio, como ela trabalha no visível.

Para podermos nos aproximar das ideias de Paracelso, é inevitável considerar determinadas imagens básicas, que normalmente são rejeitadas pelo médico convencional, porque se apoiam, acima de tudo, em opiniões "ocultas". As duas palavras-chave desse lado "secreto" de Paracelso são imaginação e magia. Na biografia "Paracelso, Alquimista, Químico, Pioneiro da Medicina", o historiador e filósofo Lucien Braun, de Estrasburgo, dedica um extenso capítulo a esse aspecto para explicar o significado básico de tais ideias. De acordo com o Prof. Braun, é muito difícil explicar a "imaginação" como "sem sujeito e sem imagens".

Porque Paracelso quer apenas possibilitar que a natureza apareça, "que a própria luz da natureza surja, mostrando-a. Mas ela apenas mostra a luz àquele que sabe ver sem imagens".

A natureza é mais do que nossos olhos vêem, "o invisível que pulsa através do visível". O invisível nunca se apresenta como imagem, porque ele não é um objecto, é energia viva, criativa; uma energia não-dividida, que tira as coisas de seu interior, transformando-as no que são na realidade.

Braun acredita que foi Paracelso quem pela primeira vez expressou essa diferenciação histórica do pensamento ocidental. Hoje, pensando nos campos morfogenéticos do biólogo inglês Rupert Sheldrake, ela nos soa muito normal. Foi ela que inspirou Paracelso em relação a seus dizeres mais lindos: "O visível esconde o invisível, mas apesar disso conseguimos o invisível apenas através do visível."

Para o médico suíço, a natureza não é apenas aquilo que nossos olhos observam, nem somente o que existe num outro lugar, mas ambos ao mesmo tempo. Escreveu Braun: "Assim, não é de surpreender que foi Paracelso quem introduziu a descrição *força da imaginação*, dando desse modo um nome à energia imanente, que fixa as coisas do interior para fora, cria, faz surgir e não pode ser imaginada de modo algum. Outros atributos dessa força: ela flui através de todas as coisas, através de todo esse *imenso mundo*, e é tão eterna como tudo que existe e não existe, tudo que *está sendo*."

Segundo Paracelso, imaginação e magia estão intimamente ligadas. E nesse caso magia quer dizer acção directa sobre coisas, pessoas e todos os seres, sem ajuda da matéria. Ou, expresso de outro modo: o mago é capaz de causar efeitos físicos sem ajuda física.

"Afinal", salienta Braun sobre os pensamentos de Paracelso, "toda natureza invisível se movimenta através da imaginação. Se a imaginação fosse forte o suficiente, nada seria impossível, porque ela é a origem de toda magia, de toda acção através da qual o invisível (de um ou outro modo) deixa seu rastro no visível. A energia da verdadeira imaginação pode transformar nossos corpos, e até influenciar no paraíso..."

Paracelso reconheceu também que a fé fortalece a imaginação. Tudo isso inclui as curas milagrosas atribuídas a ele, que não podem ter sido somente o resultado dos remédios, em geral muito simples. É óbvio que eles serviram apenas para influenciar conscientemente a força da imaginação de um doente. As pílulas que o médico suíço levava consigo no botão do punho de sua famosa espada foram, acima de tudo, meios de ajuda a acção mágica.

Baseando-se nesse fundo filosófico, Paracelso ligou as características exteriores de um remédio com as de uma doença. Um remédio "se mostra pela sua assinatura", porque o exterior da planta de que ele é extraído espelha sua função e atributos.

Assim, por exemplo, folhas em forma de coração foram recomendadas para doenças cardíacas. Mas também a época em que o remédio é tomado deve estar certa, pois a energia de uma planta só pode ser liberada durante determinadas constelações planetárias. Remédio, médico e doente formam um total ligadíssimo, de acordo com as leis da natureza. O conhecimento médico tem menos a ver com conhecimento intelectual do que com a intuição e a conhecida clarividência de Paracelso.

Durante um congresso de especialistas, Thomas McKeen, médico-chefe de uma clínica antroposófica, fez comparações entre as opiniões de Paracelso e da antroposofia, incluindo a homeopatia. As duas praticam uma "maneira solta de fazer perguntas", partindo de uma imagem de muitas camadas de homens e doenças. O Dr. Lore Deggeller, homeopata em Kreuzlingen, Suíça, também confirma um efeito directo de Paracelso sobre a homeopatia.

Sua "graduação" pode ser comparada com potencialização dos remédios, característica da homeopatia desenvolvida pelo seu descobridor, Samuel Hahnemann, de modo "novo e espontâneo", como também a preparação específica de substâncias naturais para remédios. Hahnemann, é claro, negou a influência de Paracelso e até falou com desprezo sobre ele. Rudolf Steiner, pai da antroposofia, escreve: "Entre Paracelso e Hahnemann existe uma grande diferença: até certo ponto o médico do século 16 ainda era clarividente, Hahnemann não. Ele conseguiu testar o efeito dos remédios pelos sentidos." E o historiador da medicina Heinrich Schipperges chega à conclusão de que Paracelso, como médico de seu tempo, nem praticava medicina tradicional nem moderna - ou seja, ele não pode ser encaixado na medicina ortodoxa tampouco na medicina integral. Sua medicina apoiava-se muito mais num conceito claro e inconfundível, numa teoria da medicina que tinha suas raízes na filosofia que faz do Homem um verdadeiro médico. No entanto, essa filosofia não confia apenas na natureza nem na mente; ela constrói da "luz da natureza" seu "cosmos anthropos".

"O que podemos aprender de Paracelso é principalmente a necessidade de pensar sobre a medicina e o que ocorre durante o tratamento", resume o dr. Edward Seidler, historiador da medicina, que iniciou algumas palestras sobre o médico naturalista na Universidade de Freiburg (Alemanha): "Sua popularidade continua", de acordo com ele, "porque Paracelso tem algo para cada um, médicos tradicionais, totais, filósofos, esotéricos, etc." Ele conseguiu novidades no campo da química, da ideia de que, para cada doença, deve existir um remédio específico. Com respeito ao "remédio de Paracelso" ainda hoje existente, preparado de acordo com o método espargírico, não há provas de que ele realmente foi inventado pelo médico suíço.

O autor e teólogo Gerhard Wehr impressiona-se, acima de tudo, com as dicas para o futuro que os escritos de Paracelso contêm. Pensamentos cósmicos estavam bem mais perto dele do que de nós, mesmo se tal pensamento, hoje, já está começando novamente a ganhar terreno. Paracelso não era um místico, mas alguém que viu a matéria penetrada pelo espiritual.

Suas conclusões têm valor até hoje porque nenhum médico naturalista pode comparar-se com ele, e o facto de ele ter sido muito criticado tornou-o ainda mais interessante. Porque Paracelso, afinal, não apenas escreveu livros, mas também teve suas próprias experiências e nunca teve medo de enfrentar as consequências negativas do seu pensamento não-conformista. Para ele serve o ditado: "Quem consegue ser ele mesmo não deve pertencer a um outro" tanto hoje como em qualquer outra época, em que cada um corre atrás de um outro guru. Gunhild Porksen, tradutora de textos de Paracelso durante anos, diz que as controvérsias a respeito dele são causadas pelo seu comportamento grosseiro, rude. Ela chegou à conclusão de que ele era um Homem de "energias especiais". Não existem provas de que ele mentiu a respeito, e, já que ele sempre conseguiu entusiasmar pessoas bem diferentes - como, por exemplo, Goethe em *Fausto*, como também na "lei das cores", sua influência conservou-se até hoje.

Os sucessos astrológicos de Paracelso são enfatizados pelo autor e astrólogo Bernd A. Mertz: "Paracelso, sem dúvida alguma, era um grande biólogo e um médico "total", que entendeu muito do esoterismo. Era esotérico porque falou muito sobre o "interior" do Homem e também sobre a influência das estrelas sobre os seres humanos."

O conhecido autor esotérico Hans-Dieter Leuenberger vê Paracelso como um Homem que, como ninguém, "representava o esoterismo de sua época". Da ciência à Renascença, que se entregava cada vez mais a um "especialismo" acentuado, ele enfatizou um "pensamento total". "A natureza era sua professora, que, para ele, era perfeita porque trabalha de acordo com um grande plano divino." E a ideia de Paracelso de que corpo e alma são uma unidade é, para Leuenberger, um pensamento totalmente moderno, também reconhecido, cada vez mais, como uma verdade pela medicina moderna.

Paracelso foi professor de medicina na Universidade da Basileia, onde rompeu com a tradição, ensinando em alemão no lugar do latim; queimou em público as obras de Galeno e Avicena, mas, apesar de sua fúria iconoclasta, concordava com Hipócrates quando este defendia que o lugar do médico era na cabeceira do doente. Seu admirável conhecimento prático reflectiu-se em suas obras sobre cirurgias e sobre farmacologia, tendo sido responsável pela introdução de muitos produtos novos.

2.10.5 Outros médicos

Um famoso médico e contemporâneo de Paracelso foi o professor de medicina na Universidade de Paris, Jean **Fernel** (1497-1558), autor dos termos fisiologia e patologia, cujos ensinamentos reunidos na obra *Universa médica* permaneceram válidos por dois séculos. Girolamo **Cardano** foi outro Homem brilhante da época, cujos estudos de matemática e filosofia associaram-se à prática médica.

Ambroise **Paré** (1517-1590), inicialmente um barbeiro-cirurgião em Paris, depois estabelecido como cirurgião doméstico no Hotel-Dieu e, finalmente, como cirurgião do exército, foi considerado o maior cirurgião da Renascença. Muito inteligente e rompendo com os ensinamentos clássicos, aboliu a cauterização das feridas e defendeu a ligadura de artérias para controlar as hemorragias. Paré transformou-se no ídolo dos soldados, ao abandonar a prática atroz de utilizar óleo fervente para cicatrizar as feridas, método que produzia dores insuportáveis e extensas áreas de inflamação e necrose tecidual. Paré foi um médico que tinha enorme respeito pelos poderes curativos da natureza e da fé. Certa ocasião, ao ser felicitado por uma cura, respondeu: "Je le pansay, et Dieu le guérit" (Eu o tratei, Deus o curou).

Sem dúvidas, a área do conhecimento médico que mais se expandiu durante o Renascimento foi a anatomia.

2.10.5.1. Andreas Versalius (1514-1564)

Uma enorme revolução seria testemunhada a partir da publicação da obra *De humani corporis fabrica*, cujo autor, um jovem médico flamengo, Andreas Versalius, é considerado o maior anatomista de todos os tempos. Nascido em Bruxelas, filho de uma família de tradição na arte médica, Andreas Vesalius estudou nas Universidades de Paris e Pádua; nesta última recebeu seu diploma de médico “com elevada distinção” num dia, no dia seguinte foi nomeado professor de Cirurgia e no terceiro iniciava seu curso de Anatomia. Suas aulas de anatomia combinavam dissecação de cadáveres, esboços e palestras, atraindo estudantes, professores, clérigos, nobres e soldados.

Em 1538 foram publicadas suas *Tabulae anatomicae sex*, seis pranchas anatómicas utilizadas por seus alunos. Em 1543, surgiu o seu monumental e memorável trabalho sobre Anatomia, o *De humani corporis fabrica libri septem*, conhecido universalmente como *Fabrica*. Essas obras representaram um grande avanço para o conhecimento científico da época, em virtude de sua formidável base experimental.

Na Renascença observou-se um formidável avanço da obstetrícia, sendo publicados muitos livros escritos em idiomas diversos, em vez do tradicional latim. As diversas publicações sobre obstetrícia foram acompanhadas de numerosas obras sobre pediatria, como a obra inglesa de Thomas Phayre – *Book of children* – Livro das crianças; e a obra italiana *De morbis puerorum* (Sobre as doenças das crianças).

Durante o Renascimento, a posição social dos médicos ascendeu, as recompensas eram altas e valorizava-se o conhecimento científico dos dedicados médicos. Deste modo, vimos que o moderno racionalismo renascentista imprimiu enorme progresso ao conhecimento médico, este necessário para a desejável superação do dogmatismo e da magia que acorrentavam a medicina medieval.

2.11. A MEDICINA BARROCA (século XVII)

Outros notáveis na historia da medicina:

Thomas Willis – Estudos sobre o sistema nervoso (neuro-anatomia).
Circulação cerebral.

Regnier de Graaf – estudos sobre glândulas, pâncreas, testículos e ovários.

William Harvey (1578-1657) – descreveu a circulação sanguínea (*pequena circulação* = coração/pulmões e *grande circulação* = coração/corpo).

Marcello Malpighi (1628-1694) – fundador da histologia – anatomia microscópica. Descreveu a circulação capilar, concluindo os estudos de William Harvey.

Antoni van Leeuwenhoek (1632-1723) – comerciante de tapetes holandês, inventor do microscópio; descreveu certas bactérias e os espermatozóides (denominava de vermes).

2.11.1. Thomas Sydenham (1624-1689) – considerado o Hipócrates inglês. Sua astuta observação clínica e valoroso espírito crítico contribuíram para a descrição de inúmeras doenças: varíola, escarlatina, histeria e a Doença de São Guido (depois denominada de Coréia de Sydenham).

2.11.2. Bernardino Ramazzini – desenvolveu inúmeros estudos sobre as doenças ocupacionais a actual ergonomia, considerado o "*Pai da Medicina do Trabalho*".

No sec XVII não se verificam importantes inovações terapêuticas para além da quina e da ipeca contra a febre e diarreia respectivamente. Os clínicos prescrevem certos metais, mercúrio no tratamento da sífilis e ferro contra a anemia, sulfato de cobre e de zinco contra problemas de pele. Cada farmacêutico fabrica as suas misturas, não existindo regras ou controle.

Alguns médicos juntam-se a ervanários para vender poções "milagrosas" nos terreiros de feira. Esta atitude leva a um descrédito sobre a terapêutica medicamentosa.

A concepção materialista prevalecente no sec. XVII, volta a dar importância a certas qualificações, nomeadamente, a iatrofísica e a iatroquímica. A iatrofísica só considera o funcionamento do corpo baseado na física, querendo medir-se tudo no corpo humano. A iatroquímica mais representada no norte da Europa, compara as transformações realizadas pelo organismo humano e as operações químicas já conhecidas.

2.12. A MEDICINA ILUMINISTA (sec XVIII)

Na medicina iluminista prevaleceu uma acirrada disputa entre duas correntes filosóficas: **Animismo** – que defendia a existência da vida (*anima*) a partir da união de matéria e alma, melhor, sistema dos que consideram a alma como a causa de todos os fenómenos vitais (Dic. Lello 1996); intérprete principal desta teoria foi E.B. Taylor criou a expressão em 1872.

Vitalismo – que incluía, além da matéria e da alma, a força vital como elemento essencial para a existência da vida; dentre os vitalistas destacaram-se *Theophile de Bordeu* e *Joseph Barthez*, criador do termo *princípio vital*.

O vitalismo é a teoria que atribui uma propriedade específica aos fenómenos da vida, distinguindo-os radicalmente dos fenómenos físicos e químicos.

O vitalismo postula igualmente a existência de uma força vital imanente aos seres vivos e irreduzível às propriedades da matéria inorgânica.

Sob o ponto de vista epistemológico, o vitalismo recusa-se a explicar os processos biológicos e psicológicos pelos conceitos e leis da física ou da química; a autodeterminação dos organismos não seria de natureza causal, devendo antes ser atribuída a um princípio teleológico supramaterial.

A origem filosófica do vitalismo reside no hilozoísmo e no finalismo da Antiguidade. Em seguida, a tese vitalista liga-se com a medicina do Renascimento que, sob a influência dos alquimistas e dos astrólogos, tendia a associar os princípios da harmonia biológica aos princípios de uma harmonia cosmológica, sendo a síntese entre a matéria e o pensamento assegurada por um princípio vital de natureza metafísica.

Leibniz atribuía uma actividade “...dinâmica, agente e contínua...” à matéria; Novalis e Schelling (Séc. XIX) sustinham que “...a natureza é governada por um princípio vital acessível apenas à intuição, estética ou mística...”.

A evolução destas teses conduz à concepção dinamista, em resoluta oposição ao mecanicismo de Descartes.

A ideologia materialista encostou-se ao mecanicismo e fez esquecer o vitalismo. Mas os actuais conceitos de “consciência celular”, não são mecanicistas, e sim vitalistas.

O vitalismo, como princípio, foi conservado por muito tempo, até à antiga escola de medicina de Montpellier, mas como consequência lógica do lema alopático acabou também por ser desvalorizado.

O vitalismo é uma reacção natural dos excessos de iatro-mecanismo e iatro-química. Para os vitalistas será o retorno a síntese entre a matéria e o espírito. O vitalismo anuncia o declínio do cartesianismo face a uma nova filosofia segundo a Leibnitz e Spinoza.

O Homem é um ser motivado por um princípio vital que vem envolver toda a estrutura do corpo.

Existem, no entanto, novas concepções sobre o corpo humano e seu funcionamento, a reavaliação do lugar do Homem no universo, dando origem a novas classificações. Destaca-se Lineu, *Carl von Linneus* (1707-1778) – médico e botânico sueco, responsável por importantes estudos de sistemática (classificação) de plantas e animais.

Mas também outros notáveis na evolução da medicina:

2.12.1. Hermann Boerhaave (1688-1738) – este famoso médico holandês foi considerado o maior médico do século XVIII. Assim como *Thomas Sydenham*, seguia a doutrina hipocrática – defendia a utilização dos poderes curativos da natureza e uma rigorosa observação clínica.

Foi um conceituado professor, tendo inúmeros alunos famosos como **Albrecht von Haller** (fundador da neurofisiologia), **Gerard van Smeten** (criador da primeira clínica universitária, era um exímio administrador hospitalar) e **Leopold Auenbrugger** (estudos sobre diagnósticos a partir do exame físico, criou um método para percussão do tórax).

Outros:

Giovanni Battista Morgani (1682-1771) – fundador da moderna patologia, a partir de estudos sobre as diferenças anatômicas entre um corpo sadio e um corpo doente.

Lazzaro Spallanzani (1729-1799) – fez estudos notáveis sobre a digestão, a circulação e o processo reprodutivo. Com criteriosos estudos utilizando sapos (*Bufo rana*), combateu a teoria da geração espontânea, descrevendo a necessidade de participação dos gametas masculino e feminino para a reprodução. Considerado o "*Pai da Reprodução Humana*".

Antoine-Laurent Lavoisier (1743-1794) – fundador da química moderna. Realizou inúmeros estudos sobre a fisiologia da respiração, concluindo tratar-se de um processo de combustão, onde se dava a queima do oxigênio (O₂) e a produção do gás carbônico (CO₂).

2.12.2 Samuel Hahneman (1755-1843) e a Homeopatia

Samuel Hahnemann– criador da homeopatia. Utilizando conceitos do vitalismo (princípio vital), defendeu o uso de substâncias capazes de produzir sintomas semelhantes aos das doenças a serem curadas (similitude = *similia similibus curantur*), a partir de doses mínimas (não tóxicas). Na homeopatia o doente deve ser tratado como um todo indivisível (holísmo), sendo a doença apenas uma manifestação do desequilíbrio da energia vital.

Christian Friedrich Samuel Hahnemann nasceu em 11 de Abril de 1755, na cidade de Meissen, na Saxônia, a qual fazia parte, na época, do Império Germânico. A principal actividade económica da cidade era a fabricação de porcelana e o avô, o pai e pelo menos dois irmãos de Samuel eram pintores de porcelana na fábrica do rei. Samuel era o terceiro filho do segundo casamento do viúvo Christian Gottfried Hahnemann com Johanna Christiane.

Foi alfabetizado pelos pais e, além disso seu pai ensinou-o a nunca ouvir ou aprender sem questionar e a sempre pensar por si mesmo.

Sendo pobres, o pai era contrário à continuidade dos estudos do filho e queria encaminhá-lo a um trabalho mais rentoso do que os ligados aos livros. Isso gerou muitos conflitos com o pai.

Desde a infância, Samuel mostrou grande sede de saber e especial interesse por línguas estrangeiras, as quais cedo iniciou a estudar na Escola Pública de Meissen. Felizmente, seus professores detectaram sua excepcional capacidade e conseguiram permissão de seu pai para que ele seguisse com os estudos mediante uma bolsa de estudos.

Um outro fato também influenciou a carreira de Hahnemann. Seu pai e seu tio, em suas pinturas em porcelana, retratavam, além das flores mais comuns, também as espécies silvestres da região e isso desenvolveu em Samuel um grande amor pela Botânica e seu interesse posterior nas propriedades curativas da várias plantas.

Por outro lado, Samuel também foi muito influenciado pelos filósofos pré-cristãos, especialmente por Hipócrates, Platão e Aristóteles.

Na primavera de 1775, Hahnemann deixou Meissen e ingressou na Universidade em Leipzig para ser médico. Para “manter-se” por seus próprios recursos, Hahnemann durante o dia, estudava na Universidade e, à noite, fazia traduções do Inglês para o Alemão ou ensinava Alemão e Francês.

Como em Leipzig, nessa época, não havia hospital para a prática clínica, em 1777, Samuel migrou para Viena, onde escolheu ingressar no Hospital Dos Irmãos de Caridade, apesar de luterano. Quando suas economias acabaram, foi contratado pelo Governador da Transilvânia (atual Romênia), Barão Samuel von Brukenthal, para organizar sua enorme biblioteca e sua valiosa coleção de moedas. Em Hermanstadt, pode estudar outras línguas e várias ciências alternativas. Ao ir embora, com a idade de 22 anos, era mestre de Grego, Latim, Inglês, Francês, Italiano, Hebreu, Sírio, Árabe e Espanhol, além de sua língua mãe, o Alemão, e tinha alguns conhecimentos de Caldaico.

Assim, 1779, foi para Erlanger para finalmente graduar-se médico.

Durante sua formação, Hahnemann se auto-impôs o estudo da Química e da microscopia, que, naquela época ainda não faziam parte do currículo médico.

Hahnemann médico:

Aos 24 anos (1780), em Hettstedt, um pequeno povoado saxônico, Samuel iniciou sua prática profissional como médico qualificado. Meses depois, mudou-se para Dessau, onde conheceu Johanna Leopoldina Henriette Kuchler, enteada de um farmacêutico. Em 1782, casaram-se, ele com 28 anos e ela com 19, mudando-se para Gommern.

Médico alemão de formação tradicional que se encontrava descontente com a forma de actuação da medicina de seu tempo, onde os tratamentos utilizados nesta época tinham uma conotação um tanto radical com o uso de sangrias, cáusticos e laxantes. Desistiu, então, daquela medicina que não o convencia e se dedicou à tradução de livros, mas ainda da área médica, como profissão para seu sustento.

Existindo três correntes na área médica, o mecanicismo, o vitalismo e o empirismo, opta pela segunda, relê Hipócrates, médicos árabes, Paracelso, a Van Helmont e particularmente Stahl, precursor do vitalismo (o vitalismo será referido mais à frente).

Sua esposa morre e mais tarde, em Paris, Melanie D'Hervilly, uma jovem de 30 anos, de família nobre, encontra-se condenada pela tuberculose e é aconselhada a se tratar com a nova medicina. Ela se dirige a Koethen, e durante o tratamento que a deixa curada, estabelece-se entre eles uma grande afinidade. Ela propõe-lhe casamento e que retorne com ela a Paris, capital cultural da Europa, de onde poderia divulgar melhor suas ideias para todo o mundo. Por exigência de Melanie, Hahnemann divide seus bens entre as duas filhas, abandona a Alemanha, e casa-se aos 80 anos de idade, em 1835. Poucos compreenderam o ideal desta união.

Sua fama e prestígio na grande cidade cresceram na mesma proporção das críticas e ataques dos outros médicos. Atingiu a tal ponto, que a Academia de Medicina chegou a propor a extradição de Hahnemann. Mas o Ministro Guizot, do rei Luiz Felipe, a quem Hahnemann devia a permissão para exercer medicina na França, não aceitou, e respondeu brilhantemente à Academia de Medicina. E apesar da sua avançada idade continuou trabalhando incansavelmente, até os últimos dias de vida sempre ensinando e difundindo sua doutrina a seus discípulos e a todos que desejassem conhecê-la. Assim se consagrou a Homeopatia.

Faleceu aos 88 anos de idade, no dia 2 de Julho de 1843, e assinaram sua declaração de óbito como testemunhas, os Drs. G.H.G.Jahr e Simon Felix Camille Croserio, a pedido de sua esposa Melanie. Seus restos mortais encontram-se no cemitério Père Lachaise, em Paris.

A ideia inicial que despertou Hahnemann para a nova e particular tendência médica, foi a tradução realizada por volta do ano de 1790 de um artigo de Cullen, médico escocês, sobre a influência da casca de quinino, erva utilizada, naqueles tempos, no tratamento da malária. Curioso, isto o levou a experimentar ele próprio os efeitos de tal medicação. O que percebeu então foi que, ao ingerir tal substância, em determinada quantidade e frequência, passava a apresentar as manifestações mesmas da febre intermitente, tão conhecida na época, e quando suspendia o uso da droga, após alguns dias, voltava à sua condição normal de saúde. Experimentou a partir daí vários remédios em si e em grupo de pessoas sadias registrando os sinais e sintomas manifestados –método dedutivo - à descrição desta semiologia (sinais e sintomas) deu o nome de patogenesia do remédio.

Unindo seus conhecimentos referentes à medicina, ao resultado dessa sua experiência acima relatada e a seus estudos sobre o pensamento médico, desde seu aparecimento, a outras experiências posteriores e atenta observação das reacções apresentadas frente ao uso de diversas outras substâncias em si mesmo, em seus pacientes e discípulos.

Hahnemann formulou os princípios da Homeopatia, a saber: (Eizayaga, 1992).

- Toda substância ou droga utilizada como remédio homeopático deve ter sido antes experimentada no Homem são.
- Os medicamentos homeopáticos devem ser seleccionados em concordância com a lei farmacológica de similitude, onde se observa que tais remédios causam, em indivíduos sadios, os mesmos sintomas que a enfermidade causaria.
- As substâncias utilizadas como tratamento devem ser administradas em doses diminutas, diluídas e dinamizadas (técnica específica para a preparação de medicamentos homeopáticos).
- As drogas homeopáticas indicadas aos pacientes devem ser de remédio único, não de complexos, onde se perderia a referência de qual medicamento estaria fazendo o efeito desejado.

Consistem seus remédios em diluir e dinamizar substâncias diversas em doses infinitesimais que administrados modificariam para além do terreno (sua noção definida mais à frente) do indivíduo, alteram os padrões vibratórios e energéticos do indivíduo, transformando e corrigindo essa alteração energética, será como um estímulo externo para corrigir o desequilíbrio e promovendo cura pela própria capacidade auto-organizativa, uma terapia onde se “mexe” com todo o organismo.

Esta alteração dos padrões vibratórios por estímulos internos e externos são para a homeopatia a causa de disfunções, gerando sintomas físicos, emocionais e mentais. A sua correção é feita com os seus remédios, pois possuem uma vibração específica para a sua correção.

Vithoulkas, um dos modernos e conhecido homeopata refere que cada remédio homeopático está associado a um certo padrão de vibrações que constitui a sua própria essência. Quando o remédio é tomado, seu padrão de energia ressoa com o padrão de energia do paciente e, desse modo, induz o processo de cura.

Marco Dias Moraes (médico homeopata brasileiro contemporâneo) refere:

“O homeopata sabe, antes de tudo, que sempre ocorre em primeiro lugar o desequilíbrio do ser como um todo, a pessoa perdeu sua sintonia fina com a vida, a harmonia do funcionamento dos órgãos de seu corpo, se debilitou, a saúde ficou prejudicada, o mal estar se instalou, a dor chegou.

A imagem mais aproximada que se pode traçar para dar uma ideia mais clara é a da hora em que, ao se movimentar o dial (o sintonizador) de um rádio, perde-se a sintonia da emissora desejada, entrando em outra faixa de onda.

Está na perda desta sintonia, então, o início da enfermidade, manifestada em cada um de uma maneira peculiar, da mesma forma que não há um ser humano sequer integralmente igual a outro.”

Hahnemann escreveu alguns livros e artigos de um modo geral, sendo seu primeiro escrito denominado "*Um novo princípio sobre as propriedades curativas de substâncias medicamentosas com algumas considerações sobre os métodos precedentes*", onde perpetuou, neste e nos trabalhos seguintes, o seu conhecimento e estudo sobre esta nova arte de curar que era a homeopatia.

Estudos e observações tais que o levaram a formular "um princípio de tratamento sintetizado na expressão latina *Similia Similibus Curantur* - os semelhantes se curam pelos semelhantes - onde a ideia básica é o médico tentar igualar os sintomas que uma droga é capaz de provocar numa pessoa saudável aos sintomas do paciente, e esta droga então é usada para tratar a doença" (Campbell, 1991).

Neste período em que viveu Hahnemann houve uma forte tendência ao uso da Homeopatia por parte de muitos médicos, visto pois o facto de a medicina ortodoxa desta época apresentar soluções muito drásticas às enfermidades, as quais, ainda segundo Campbell, eram classificadas, neste período, "em termos de tonicidade ou relaxamento, ou eram atribuídas a supostas inflamações intestinais", teoria com a qual Hahnemann não concordava, pois este, de acordo com o mesmo autor acima citado, "sustentava ser intrinsecamente impossível conhecer a natureza interna dos processos de uma doença e, portanto, infrutífero especular sobre isso ou basear o tratamento em teorias". Levando, portanto, os médicos neste período a se inclinarem a todo tratamento menos agressivo com resultados eficazes, diminuindo os riscos de vida de seus pacientes, e provocando com isto, também, uma nova onda de pesquisas. Um diferenciado método de atendimento aos enfermos passa a ser praticado e aceito desde então. Também passam a ser percebidas e enfatizadas as primeiras anotações de Hahnemann em sua principal obra, o *Organon da Medicina* que diz, como já referido anteriormente, que a "única e nobre missão do médico é a de restabelecer a saúde do doente, que é o que se chama curar" e, em seguida, que "o mais alto ideal de cura é o restabelecimento pronto, suave e permanente da saúde; é a eliminação e aniquilação da doença, em toda sua extensão, pelo caminho mais curto, seguro e menos danoso possível, apoiando-se sobre princípios claros e facilmente compreensíveis", ou sejam, as leis naturais.

E com isto, outro facto que também passa a ser considerado, de acordo com Hahnemann, é que "a verdadeira arte de curar só poderia ser pura ciência experimental: pode e deve repousar em factos claros e fenómenos perceptíveis, pertencentes à sua esfera de acção, pois todos os elementos que trata são clara e satisfatoriamente cognoscíveis pelos sentidos através da experiência".

Assim," o conhecimento da patologia, do medicamento e a maneira de se aplicar um ao outro, só é ensinado, de modo correcto, pela experiência e pela observação pura (directa)"(Bessa, 1994).

A Homeopatia difundiu-se pelo mundo através dos discípulos de Hahnemann. Teve sua grande ascensão no terço final do século XVIII, época de seu aparecimento. E actualmente parece estar em grande ascensão.

Revelou-nos e revela-nos uma noção essencial na percepção do meio humano: a noção de **terreno** em Homeopatia, esta é muito relevante no seu processo terapêutico, quando aplicada à identidade humana, designa um conjunto de características que predispõem a um certo tipo de acontecimentos, sendo os mais visíveis, a doença.

Tal como a terra evoca natureza terrestre, mineral e metálica em conjunto com o seu ambiente específico, com a sua flora local, tipo de cultura, grau de humidade, etc. etc., ou seja, a cada qualidade da terra são associadas depois certo tipo de arvores, plantas, uma certa dinâmica vegetal e hídrica, uma atmosfera, um odor....assim analogicamente, acontece no Homem mais especificamente nos seus ecossistemas mais íntimos e internos.

O equilíbrio é novamente palavra de ordem mas poder alterar o terreno é mais difícil, e é aí que a homeopatia pode ser uma mais valia dentro das terapias naturais.

2.12.2.1. Constantin Hering (1800-1880)

Constantin Hering foi o seu discípulo mais fiel, chegou a relatar os últimos dias de Hahnemann, faleceu a 8 de Julho de 1843 vítima de infecção brônquica.

Fica conhecido como um sistema terapêutico que tem como base o princípio da semelhança enunciado por Hipócrates, no séc. IV a.C., e desenvolvido por Samuel Hahnemann no séc. XVIII após extensos estudos e reflexões baseados na observação clínica e experimentos realizados na época. Hahnemann sistematizou os princípios filosóficos e doutrinários da Homeopatia em suas obras *Organon da Arte de Curar e Doenças Crônicas*; e, a partir daí, esta técnica curativa experimentou uma grande expansão por várias regiões do mundo, estando hoje firmemente implantada em diversos países da Europa, América e Ásia.

No estado de saúde, a força vital (autocrática) que dinamicamente anima o corpo material (organismo), governa com poderes ilimitados e conserva todas as partes do organismo em admirável e harmoniosa operação vital, tanto a respeito das funções, como a respeito das sensações, de modo que o espírito dotado de razão que reside em nós, possa empregar livremente estes instrumentos vivos e sãos para os mais altos fins de nossa existência.

Após abraçar a Homeopatia, Hering não teve mais espaço de actuação profissional e aventurou-se na Guiana Holandesa. Ali, elabora várias experimentações (patogenesias) e consegue tal êxito que é nomeado Médico Oficial. Em 1.834, instala-se na Filadélfia (EUA), onde funda a "Academia Norte-Americana para Tratamento Homeopático". A Academia extinguiu-se devido ao desfalque dado por seu secretário.

Em 1848, Hering funda a "Escola Médica Hahnemann", apoiada por iniciativa privada. No começo do século XX, esta Escola era a mais importante instituição homeopática do mundo, com mais de 70 professores e cerca de 300 alunos.

Contava com uma biblioteca de mais de 20.000 livros, em várias línguas. O hospital (com 200 leitos, inclusive obstétricos) e a policlínica atendiam mais de 50.000 casos por ano. Foi a primeira instituição a exigir um mínimo de 3 anos de estudos, tendo formado mais de 3.500 homeopatas.

Foi Hering quem deu aos homeopatas um valioso instrumento conceptual para avaliar a progressão do quadro clínico; é a chamada "Lei de Hering", que se enuncia da seguinte maneira. A evolução de um paciente é favorável se:

- a) Os sintomas vão de dentro para fora;
- b) Os sintomas se deslocam para baixo;
- c) Os sintomas actuais são substituídos por sintomas antigos.

A expansão da Homeopatia é acelerada com a fundação de escolas em Cleveland, St. Louis, Chicago e Nova York.

2.12.2.2. O vitalismo

Paralelamente a esta corrente materialista da Medicina, desenvolvia-se outra, vitalista, baseada nos antigos conceitos hipocráticos. Alguns expoentes desta Segunda corrente foram:

a) THOMAS SYDENHAM (1.624-1.689): Para ele a doença era uma reacção do organismo no sentido de eliminar uma MATÉRIA MÓRBIDA ("vis medicatrix naturae"), ou seja, a completa depuração do sangue, a qual se fazia mais ou menos rápido; e quando a Natureza necessitava de pronta eliminação, surgia a febre, constituindo essencialmente as doenças agudas. Sobre elas interferiria o meio ambiente, influenciando sua localização e sua gravidade.

A doença crônica seriam vinculadas ao regime de vida do homem, ou seja, o doente incorpora ao processo mórbido suas particularidades reacionais e sua especial maneira de relacionar-se com a doença, "colorindo" sintomas ou acostumando-se com certos sofrimentos.

As epidemias seriam expressões de uma época (estação do ano) e local, como a Grande Praga de Londres por exemplo. São encaradas como "constituições" epidêmicas.

A concepção de Sydenham da doença como reação orgânica, resgata o princípio hipocrático de que a Natureza é a própria fonte dos recursos necessários à sua autodefesa.

b) GEORGE E. STAHL (1660 a 1734): Foi o criador do "Animismo": "A alma consciente e imortal, quando irritada, não comanda convenientemente os processos vitais, advindo transtornos em forma de doenças".

Acreditava em 3 elementos fundamentais - ar, água e terra - e cria o conceito de "flogístico", que, como químico que também era, parece ter se inspirado na Alquimia. Dizia que, durante a queima, a matéria desprende o flogístico e vira cinzas; mas que, se o flogístico novamente fosse inserido, a matéria reapareceria (em 1775, Lavoisier demonstra que, na verdade, há a absorção de um gás que ele chamou oxigênio).

Stahl estabelece uma diferenciação entre o vivo e o inerte, pois apenas o vivo possuía uma "anima" imaterial a dirigir-lhe as funções. Para Stahl, não era muito importante o conhecimento detalhado de Anatomia, nem das reações químicas particulares, pois considerava o ser humano (saudável ou não) como um todo, regulado por uma "anima sensitiva", de onde seu interesse pela fisiopatologia das doenças que hoje chamamos psicossomáticas.

O Animismo de Stahl teve grande aceitação na Alemanha.

c) ALBRECHT VON HALLER (1708-1777): Foi o iniciador da fisiologia pura. Concebeu a "Teoria da Irritabilidade" (músculos são irritáveis ou controláveis; nervos são sensíveis). A anatomia resultaria de uma força configuradora ou formadora da matéria, chamada Força Ingénica, radicada na estrutura material e orgânica das fibras animais, que distingue o ser vivo (animado) do morto (inanimado).

d) PAUL JOSEPH BARTHEZ (1734-1806): Pertencia à Escola de Montpellier e fundou o "Vitalismo" (ser humano = corpo + princípio vital + alma). O Princípio Vital é responsável pela sensibilidade, contractilidade e pela força de situação fixa (capacidade dos órgãos recuperarem posição, forma e tamanho quando desviados da normalidade, i.e., tonicidade).

Outros médicos:

Edward Jenner (1749-1823) – nascido em Berkeley, Gloucestershire. Estudou em Londres, sendo aluno do famoso cirurgião escocês **John Hunter** (1728-1793) e de seu irmão **William Hunter** (1718-1783), mais célebre anatomista do século XVIII. O Dr. **Edward Jenner** observou, ao comparar a varíola humana com a varíola bovina, que as jovens leiteiras que haviam adquirido a varíola bovina tomavam-se “resistentes” à forma humana da doença.

Sarah Nelves, Jenner inoculou o jovem **James Phipps**, em 14 de Maio de 1796, tendo este tornando-se resistente (imune) à varíola humana. Nascia, assim, a vacinação (vacina → vaccina → vacuum → vaca). Este foi um grande triunfo da medicina preventiva de todos os tempos.

Preocupam-se com as condições da vida corrente: a habitação, a limpeza do corpo e da casa, a alimentação, etc. o dinamarquês **Winslow**, tendo-se tornado parisiense, ergue-se contra o espartilho após estudos sobre a respiração e o diafragma, referindo que a utilização do mesmo afectava a circulação linfática, a mobilidade e principalmente a respiração.

2.13. MEDICINA DO SEC XIX

A velha teoria dos humores foi contestada por Rudolf **Virchow**, um dos baluartes da medicina do século XIX. Em sua histórica obra, "Patologia celular" (1858), Virchow descreve o corpo como um conjunto de células (tecido), definindo a doença como "a vida modificada pela reacção celular contra estímulos anormais".

Na primeira metade do século, a Fisiologia libertou-se da especulação metafísica e tornou-se uma ciência natural baseada em pesquisa experimental.

O grande nome desta época foi **Claude Barnard** (1813-1878), cujas pesquisas e conceitos lançaram as bases da Fisiologia moderna, tendo criado a noção de equilíbrio funcional (homeostase). Ele foi também o fundador da Medicina Experimental – em 1865, escreveu sua memorável obra "Introduction à l'étude de la médecine expérimentale" (Introdução ao estudo da medicina experimental).

Importantes contribuições à fisiologia foram dadas pelos médicos americanos John Richardson Young (1782-1804), que demonstrou a importância do suco gástrico no processo de digestão; e William Beaumont, cirurgião do Exército dos Estados Unidos, que observando uma fistula gástrica acidental do canadense Alexis Saint Martin, publicou inestimáveis informações sobre a composição do suco gástrico, o processo digestivo e a fisiopatologia da gastrite.

Mais contribuições neste campo foram patrocinadas pelos estudos de Ivan **Petrovitch Pavlov** (1849-1936), trazendo novos dados sobre a digestão gástrica e pancreática e o importantíssimo conceito do reflexo condicionado.

Outro gigante da Fisiologia nesta época foi Hermann Ludwig von Helmholtz (1821-1894), que estudou o mecanismo da audição, a fisiologia das contracções musculares e inventou o oftalmoscópio.

2.13.1. Patologia e microbiologia

Um dos mais famosos patologistas do século XIX foi René Laënnec (1781-1826), aluno de Bichat e de Corvisat, inventor do estetoscópio e o primeiro a criar um sistema de diagnóstico completo para problemas dos pulmões e do coração.

Nas descrições de diversas doenças foram adoptados variados epónimos, a começar pela clássica descrição da paralisia agitante feita em 1817 pelo aluno de John Hunter, James Parkinson (1755-1824). Seguiram-se os grandes nomes do Guy's Hospital: Richard Bright (1789-1858), que fez da análise à urina um importante método diagnóstico; Thomas Addison (1793-1860), com sua clássica descrição da síndrome da deficiência supra-renal; e Thomas Hodgkin (1798-1866), que deu seu nome à doença do sistema linfático (linfoma).

2.13.2. As especialidades médicas

Na Obstetrícia, o marco histórico foi a luta contra as altas taxas de mortalidade em virtude da febre puerperal. Oliver Wendell Holmes, em 1842, recomendava que as parturientes não deveriam ser atendidas por médicos que realizavam necropsias, sem que antes os mesmos lavassem as mãos em cloreto de cálcio e mudassem as roupas. Cinco anos depois, o austríaco Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) demonstrou que a mortalidade por febre puerperal (septicémia) poderia ser reduzida em cerca de 80% com banhos de cloreto de cálcio – enfrentou enorme e violenta oposição, sendo ridicularizado, o que o levou à loucura e a uma morte precoce.

A Dermatologia desenvolveu-se a partir do enfoque histológico de Ferdinand von Hebra (1816-1880) e seu filho Hans, na Nova Escola de Viena. A Urologia desenvolveu-se a partir dos avanços na cirurgia de próstata e em cauterização renal e citoscopia (visualização da bexiga).

2.13.3. Anestesia. Anti-sepsia e assepsia.

O século começou com a descoberta do óxido nitroso (gás hilariante) em 1800 por Humphrey Davy, utilizado apenas como passatempo, até que em 1845, um dentista de Connecticut chamado Horace Wells utilizou-o para uma extracção dentária.

O pioneirismo do uso do éter na anestesia é creditado ao Dr. Crawford Williamson Long (1815-1878), da Georgia, sem que nada tivesse sido por ele publicado. Em 1844, William Thomas Green Morton (sócio de Wells) usou o éter para realizar uma obturação dentária; dois anos depois, o Dr. John Collins Warren, do Hospital Geral de Massachussets, passou a usá-lo em suas cirurgias. O clorofórmio foi introduzido como anestésico no ano seguinte. Aliás, os termos “anestesia” e “anestésico” foram propostos pelo Dr. Oliver Wendell Holmes. A anestesia local e loco-regional tornou-se possível em 1884 com a descoberta de Karl Koller das propriedades anestésicas da cocaína.

A descoberta da etiologia microbiana de inúmeras doenças, levada a cabo por um cientista que não era médico, o filho de um curtidor, chamado **Louis Pasteur** (1822-1895), possibilitou um maior controlo das infecções.

Contribuíram, também, para avanços nesta área as descobertas de Roberto Koch (1845-1910), que descreveu o bacilo da tuberculose; e Joseph Lister (1827-1912), que introduziu nas cirurgias a prática da *desinfecção das partes contaminadas do corpo (anti-sepsia)*. Os anti-sépticos e a anestesia mudaram os rumos da cirurgia.

A era da anti-sepsia foi seguida pela da assépsia. Os cirurgiões, em vez de procurar limpar os focos infectados das cirurgias, buscaram eliminar os agentes nocivos (bactérias) da sala de cirurgia (*campo cirúrgico*) – esterilização pelo calor e substâncias químicas.

2.14. OS HIPOCRÁTICOS DO SEC XIX

2.14.1. Sebastian Kneipp

Sacerdote. Alemão. Estuda a acção da água no organismo. Propulsor da hidroterapia..

Nascido em 1821, filho de uma família muito modesta, Sacerdote conhecido na actualidade pelo Padre Kneipp, um lutador por causas sendo inovador para o seu tempo, opondo-se ao establishment do conhecimento médico e estudando e promovendo os efeitos da água no organismo humano.

Foi ele próprio vítima de tuberculose e considerado incurável pelos médicos num ambiente altamente mórbido: habitação degradada, poucos alimentos e com graves acessos de tosse hemoptóica (com sangue).

Ele próprio após a leitura de um livro escrito pelo Dr. J.S.Hahn (1696-1773) em que recomendava tratamentos baseados em fricções e banhos diários com água fria, ingestão abundante de água diariamente denunciando ser este o tratamento para a tuberculose, Kneipp se submeteu a este tipo de terapia de forma rigorosa.

Acabou por conseguir curar-se e aprofunda os seus conhecimentos sobre a hidroterapia, chegou mesmo a ser referido como o " Dr. Hidrófilos".

Na ajuda espiritual como sacerdote passou a juntar conselhos de tratamentos com água.

Foi julgado por tratar pessoas com este método acusado na altura por prática de curandismo pelos médicos. Foi multado por uma quantia irrisória, tratando o Juiz, a seu pedido, de Gota que sofria. No entanto ficou proibido de continuar as suas práticas terapêuticas. E cumpriu até surgir na sua localidade uma epidemia de cólera, observando a impotência da ciência médica da altura e com insistência da população local, animado, levou avante suas ideias e terapias.

Em diversas ocasiões foi acusado de prática ilegal de medicina, saindo sempre inocente, espalhou em seminários a sua forma de tratar, morreu aos setenta e seis anos, deixando uma vasta obra cerca de vinte livros. Em 1895, abriu o *Kneipp Water-Cure Institute* na cidade de Nova York e começou a formar a *Kneipp Societies* cujos membros têm usado os métodos de Kneipp. Actualmente existem milhares de associações com o seu nome.

2.14.2. Ignaz Von Peczely

Médico, homeopata, Húngaro (1826-1907) considerado o pai da iridologia, representação do corpo na íris e interpretação dos seus sinais como meio de diagnóstico

Philipus Meyens foi o primeiro a publicar um trabalho sobre Iridologia. Isso foi em 1670 em Desden, Alemanha, seu livro apresentava um interessante estudo sobre sinais iridológicos e suas relações com determinadas doenças, apresentando um pequeno mapa da íris com áreas representativas de alguns órgãos do corpo humano. Depois foi a vez de Johann Sigmund Eltzholtz (Nürnberg, 1695) que aprofundou mais o estudo de Meyens. Quase um século mais tarde, em Göttingen, Christian Haertls, baseado nos estudos de Meyens e Eltzholtz, lança um polémico e importante trabalho nesta área. Mas, foi Ignaz Peczeley, médico de origem húngara, (Egerner, Budapeste-1826), divulgou e sistematizou ao que hoje se denomina de Iridologia – diagnóstico pela íris.

Descobriu este método acidentalmente após um acidente observado numa coruja, nomeadamente a quebra de uma das pernas com um risco na íris na coruja e à medida que a ia tratando a faixa na íris ia desaparecendo.

Começou a observar a íris humana em amigos e familiares, e assim relatar doenças ainda não manifestadas.

A sua prática iniciou-se e a classe médica denunciou-o obrigando-o a ir estudar e concluir a licenciatura em medicina. Hoje é um método de avaliação de saúde maioritariamente utilizado por homeopatas, naturopatas e outros profissionais ligados à medicina não convencional.

2.14.3. Louis Kuhne

Nascido em Lössen (1835-1901) defende o uso do alimento em prol dos medicamentos. Valoriza o vegetarianismo, fitoterapia e hidroterapia.

Nascido em Lössen, 1835, após estar presente em reuniões da associação “amigos do naturismo” em que se enfatiza o vegetarianismo, hidroterapia, fitoterapia, etc. entusiasmado com os efeitos destas teorias em si mesmo edita em 1836 um livro “A nova ciência da arte de curar” já com cento e vinte e três edições em Alemanha, traduzido em vinte e quatro idiomas.

A sua obra promove o uso do alimento em prol do uso de medicamentos e cirurgias, plenamente hipocrática nas suas raízes.

Em 1883 funda uma Clínica naturista que é muito visitada por enfermos de Leipzig. A sua fama foi também azo a processos judiciais por prática ilegal de medicina servindo no entanto a promover mais a Clínica.

Kunhe morreu em 1901, ainda hoje esta clínica existe e é amplamente recomendada inclusive pela medicina convencional.

2.14.4. Gustav Schlieckeyen

Nascido em Berlim (1843-?) fotógrafo e biólogo auto didacta, preconiza o valor do meio e alimentação como factores promotores da saúde.

Nasce em 1843, família "abastada" com residência em Berlim, com o pai a desejar que seja advogado, pela sua débil saúde interessa-se pela temática naturista e biologia. Estuda várias obras desta área, principalmente os problemas da dietética e alimentação humana.

É autor da obra "A alimentação científica do Homem" (1875), com edições posteriores revistas. Supervisiona as dietas de doentes, amplamente documentado, tem considerável formação em filosofia e biologia.

É fotógrafo de profissão, tinha relações *tirantes* com a medicina oficial. Refere que ao ter as bactérias como a causa principal das doenças, descuidavam da dimensão humana, esquecendo-se do meio ambiente natural e as inter-relações múltiplas próprias do ecossistema [da ecologia humana].

Defende o frudivorismo do Homem em prol do carnivorismo. Falava e defendia uma bio-energia nos alimentos dados pelo sol, "carga eléctrica cósmica", e, como era fotógrafo poder-se-á dizer que foi precursor do "método Kirlian" já que observava por meio dos negativos a luminosidade irradiante. Defende a reintegração do Homem na natureza só assim pode estar em harmonia consigo e com o mundo envolvente.

2.14.5. Manuel Lezaeta

Médico e advogado nascido em Santiago do Chile (1881-1959) criou a doutrina térmica da saúde, baseando a saúde e doença como alterações térmicas no corpo e nos órgãos.

Los microbios son agentes de vida y salud: jamás agentes de enfermedad ó muerte. Ellos contribuyen a la armonía y orden del universo. Actuando dentro del orden universal, es absurdo culpar al microbio del desarreglo funcional del organismo característico de toda dolencia en grado mayor ó menor.” “El agente que realiza la curación, o sea la vuelta a la normalidad funcional del organismo, es la propia fuerza vital que posee el enfermo.”

Manuel Lezaeta Acharán

Nascido em Santiago do Chile, apesar oriundo de família com abundantes recursos económicos sofria de doenças do foro digestivo, que se complicou aos dezoito anos com o surgimento de uma doença venérea.

Começou seus estudos na Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, e durante foi sendo consultado pelos melhores médicos pois a sua capacidade económica o permitia, no entanto sem sucesso, aliás sentia-se cada vez mais abatido devido aos frequentes doses de compostos mercuriais que tomava.

Até que um dia se cruzou com o Padre Tadeo de Visent e o tratou com métodos naturais, já possuía uma certa reputação pelo uso de hidroterapia.

Tratado esteve com o Padre Tadeo durante dez anos partilhando com ele as suas consultas, ampliando os conhecimentos.

Também se formou em advocacia e isso veio a ser-lhe útil mais tarde por uma denúncia e proibição de publicação de suas obras por serem "tendenciosas e prejudiciais, condutoras a práticas contrárias à saúde pública", ganhou a causa.

Após longos estudos dos autores considerados naturalistas começando com Hipócrates, acabou por criar a sua própria teoria que designou como "**Doutrina Térmica da Saúde**", para Lazaeta, uma alteração das funções de nutrição e eliminação têm como consequência última uma alteração térmica no organismo humano. A doença é alteração térmica em um ou vários órgãos.

Usava muitas técnicas de diagnóstico natural (Íris, língua, pele, garganta, etc.), faleceu em Setembro de 1959. Tratava com calor ou frio no sentido de equilibrar o organismo.

2.14.6. Carl Baunscheidt

(1809-1874), Mecânico, auto didacta principalmente da terapia acupunctural, e criou um martelo para tratar das dores e edemas locais. "Inventor da terapêutica naturalista que desperta para a vida"

Mecânico de renome, entra nesta área por sofrer de gota no seu braço e mão direita, e em certa ocasião num período de repouso alguns mosquitos lhe "picaram" provocando um edema e inflamação do membro. Passado uns dias e para sua surpresa o braço e mão depois de recuperarem estava francamente melhorado.

Na altura conheceu a acupunctura chinesa e resolveu criar um martelo que puncionava a pele em um ou dois milímetros. Divulgou o seu aparelho com o nome de "dermatobiotikon". Ainda hoje se usa para neuralgias, inflamações articulares, reumatismo, etc.

2.15. O NATURISMO MÉDICO E CIENTIFICO

Paul Carton (1875-1947) – médico francês, promove o vegetarianismo e o naturismo. Trata-se por este meio de tuberculose. Foi o primeiro a detectar alguns oligoelementos, tais como o alumínio, cobre, níquel e vanádio. Suas obras mais conhecidas são "As vitaminas" e "A alimentação da criança pequena".

Niels Liljquist, conhecido essencialmente pelas suas duas obras "Diagnóstico pelo olho", difundido a nível mundial teve grande impacto do nascimento do movimento naturista americano.

Henry Lindlair, norte-americano, publicou igualmente uma obra "Iridiagnosis" em 1917. Mais tarde, aos trinta e cinco anos começa a estar muito doente, lê a obra de Kühne "A nova ciência da arte de curar" e transforma totalmente a sua vida e de sua mulher, realizando um tratamento natural.

Avançou nos estudos, medicina osteopática nos EEUU e posteriormente se diplomou em homeopatia e medicina eclética e fundou uma instituição dedicada à medicina global.

Bernard Jensen, nascido na Califórnia em 1908, quiroprático, mais tarde estuda num colégio de médicos naturopatas. Fundou o "Rancho da saúde", um lugar poeticamente denominado Valle escondido na Califórnia, onde é relatado o tratamento de mais de duzentos e cinquenta mil pacientes. Dedicou-se profundamente à iridologia autor do livro "Iridologia, ciência e prática", publica a revista "Iridologists international".

2.16. MEDICINA ENERGÉTICA

Principais interpretes

2.16.1. Wilhelm Reich

Nascido na Austro-Hungria em 1897 formado em ciências naturais, estudioso e discípulo de Freud e Jung distancia-se deles pela sua educação religiosa. Após problemas diversos de índole familiar formou-se em medicina em 1922 pela Universidade de Viena. Estuda a origem social das doenças mentais;

Interessa-se pelo modo como se manifestam os distúrbios psicológicos fisicamente.

Reich desenvolveu técnicas terapêuticas que envolviam o contacto físico entre o terapeuta e o paciente - um romper profundo da prática psicanalista tradicional.

Interessa-se também pelo papel da energia no funcionamento dos organismos vivos, e uma das principais metas do seu trabalho psicanalítico foi associar o impulso sexual, à energia concreta que flui no corpo. Reich cria então o conceito de Bioenergia, uma forma fundamental de energia que envolve e governa todo o organismo e que se manifesta tanto nas emoções tanto no fluxo de fluidos corporais e outros movimentos biofísicos. A bioenergia, segundo Reich, flui em movimentos ondulatórios e sua característica dinâmica básica é a pulsação.

Uma das suas descobertas fundamentais é em relação às atitudes e experiências emocionais podem dar origem a certos padrões musculares que bloqueiam o fluxo da bioenergia. A terapia reichiana é desbloquear esse obstáculo (que são repostas motoras às emoções não resolvidas), ao fluxo à pulsação energética. Isso é feito com auxílio de respiração profunda e desenvolvimento da linguagem corporal em prol do uso das palavras.

O conceito reichiano de bioenergia aproxima-se do conceito chinês de *Chi*, (Capra, 1992), enfatizando a natureza cíclica dos processos de fluxo no organismo.

Criou o conceito de orgônio, que se refere à manifestação especial de energia cósmica, à energia primordial presente em toda a parte.

Toda a matéria inanimada ou viva derivam do orgônio através de um complicado processo de diferenciação.

Segundo Capra (1992), o modo de pensar de Reich, a que chamou “funcionalismo orgonómico”, está de perfeito acordo com o pensamento de processo da nossa moderna teoria de sistemas, acrescenta-se que tem uma perspectiva holística e cósmica e ainda uma visão dinâmica do mundo.

Acrescenta o mesmo autor:

“O pensamento funcional não tolera quaisquer condições estáticas. Pois todos os processos naturais estão em movimento, mesmo no caso de estruturas rígidas e formas imóveis (...) também a natureza flui em cada uma das diversas funções, assim como em sua totalidade (...) A natureza é funcional em todas as áreas e não apenas nas da matéria orgânica.

2.16.2. Franz Anton Mesmer (1734-1815)

A partir de seus estudos sobre magnetismo animal, desenvolveu uma técnica de tratamento baseada na **emissão de ondas magnéticas pelas mãos – mesmerismo**.

Mesmer foi o médico austríaco criador da teoria do magnetismo animal conhecido pelo nome de mesmerismo. Nasceu a 23 de Maio em Iznang, uma pequena vila perto do Lago Constance. Estudou teologia em Ingolstadt e formou-se em medicina na Universidade de Viena. Provido de recursos, dedicou-se a longos estudos científicos, chegando a dominar os conhecimentos de seu tempo, época de acentuado orgulho intelectual e cepticismo. Era um trabalhador incansável, calmo, paciente e ainda um exímio músico.

Em 1775, após muitas experiências, Mesmer reconhece que pode curar mediante a aplicação de suas mãos. Acredita que dela desprende um fluido que alcança o doente; declara: "De todos os corpos da Natureza, é o próprio Homem que com maior eficácia actua sobre o Homem". A doença seria apenas uma desarmonia no equilíbrio da criatura, opina ele. Mesmer, que nada cobrava pelos tratamentos, preferia cuidar de distúrbios ligados ao sistema nervoso. Além da imposição das mãos sobre os doentes, para estender o benefício a maior número de pessoas, magnetizava água, pratos, cama, etc., cujo contacto submetia os enfermos.

Mesmer praticou durante anos o seu método de tratamento em Viena e em Paris, com evidente êxito, mas acabou expulso de ambas as cidades pela inveja e incompreensão de muitos. Depois de cinco tentativas para conseguir exame judicioso do seu método de curar, pelas academias, é que publica, em 1779, a "Dissertação sobre a descoberta do magnetismo animal", na qual afirma que este é uma ciência com princípios e regras, embora ainda pouco conhecida. A sua popularidade prosseguiu por muitos anos, mas outros médicos o taxavam de impostor e charlatão. Em 1784, o governo francês nomeou uma comissão de médicos e cientistas para investigar suas actividades. Benjamin Franklin foi um dos membros dessa comissão, que acabou por constatar a veracidade das curas, porém as atribuíram não ao magnetismo animal, mas a outras causas fisiológicas desconhecidas.

Concentrado no alívio à dor, Mesmer não chegou a perceber a existência do sonambulismo artificial, que seu ilustre e generoso discípulo, conde Maxime Puységur, descobre (inclusive a clarividência a ele associada), o qual se desenvolve durante o transe magnéticos em certas pessoas.

Em 1792, Mesmer vê-se forçado a retirar-se de Paris, vilipendiado, e instala-se em pequena cidade suíça, onde vive durante 20 anos sempre servindo aos necessitados e sem nunca desanimar nem se queixar.

Em 1812, já aos 78 anos, a Academia de Ciências de Berlim convida-o para prestar esclarecimentos, pois pretendia investigar a fundo o magnetismo. Era tarde; ele recusa o convite. A Academia encarrega o Prof. Wolfart de entrevistá-lo.

O depoimento desse professor é um dos mais belos a respeito do caridoso médico: "Encontrei-o dedicando-se ao hospital por ele mesmo escolhido. Acrescente-se a isso um tesouro de conhecimentos reais em todos os ramos da Ciência, tais como dificilmente acumula um sábio, uma bondade imensa de coração que se revela em todo o seu ser, em suas palavras e acções, e uma força maravilhosa de sugestão sobre os enfermos."

No início de 1814, ele regressou para Iznang, sua terra natal, onde permaneceria os seus últimos dias até falecer em 05 de Março de 1815.

Assim foi Mesmer. Durante anos semeou a cura de enfermos doando de seu próprio fluido vital em atitude digna daqueles que sacrificam-se por amor ao seu trabalho e a seus irmãos. Suas teorias atravessaram décadas e seu exemplo figura luminoso entre os missionários que sob o açoite das críticas descabidas e as agressões da calúnia, passam incólume escudado pelo dever correctamente desempenhado. Seu nome jamais se desligar do vocábulo "fluido" e sua vida valiosa pelos frutos que gerou, jamais ser esquecida por aqueles cuja honestidade de propósitos for o ornamento de seus espíritos. A sua obra foi decisiva para demonstrar a realidade da imposição das mãos como meio de alívio aos sofrimentos, tal como a utilizavam os primeiros cristãos antigamente e os espíritas actualmente.

2.17. A MEDICINA DO SÉCULO XX

No século XX, houve inúmeras mudanças no modo de vida do homem, alterando profundamente sua vida social e económica e principalmente das guerras que viriam a transformar a visão do Homem, ampliando o seu horizonte diante do universo. De igual modo, a Medicina sofreu enormes transformações, sobretudo nos seus aspectos científicos e tecnológicos com a colaboração decisiva de outras áreas do conhecimento, como a Física, a Bioquímica, a Antropologia e a Sociologia.

Neste contexto a Medicina experimentou um enorme avanço, sobretudo na sua revolução tecnológica, motivada pelos avanços das pesquisas científicas e nas produções da indústria de transformação.

Assim, construiu-se um novo paradigma: a chamada medicina tecnológica ou tecnocientífica.

No entanto outros saberes continuam a evoluir e a marcar este século, no contexto do cuidar ecológico. São exemplos disso os seguintes autores: Rudolf Steiner e a medicina natroposófica, Edward Bach e a terapia floral,

2.17.1. Rudolf Steiner (1861-1925)

Medicina Antroposófica

A Antroposofia foi desenvolvida pelo pensador Rudolf Steiner nasceu em Kraljevec, cidade fronteiriça do antigo império austríaco (hoje Croácia). Proveniente de uma família humilde e trabalhadora, foi instruído primeiramente pelo pai, tornando-se, porém, autodidacta muito cedo. Passou a frequentar a universidade técnica em Viena, onde estudou Matemática, Física, História Natural. Desde o início complementou os seus estudos universitários, com ciências naturais, estudos filosóficos, literários e de História Geral.

Foi convidado para participar da edição Sophien das obras de Goethe na viragem do século em Weimar, como responsável pelos trabalhos de Goethe sobre ciências naturais. Em 1891 tornou-se doutor em Filosofia apresentando uma tese sobre questões gnoseológicas em Kant e Fichte. A partir de 1899 participou da escola para a instrução de operários em Berlim fundada por Wilhelm Liebknecht. Depois de 1902 Steiner começou a proferir palestras a convite do movimento teosófico. Desse movimento nasceu mais tarde a sociedade antroposófica em 1913, Munique.

O trabalho de Rudolf Steiner dentro do movimento teosófico teve como ponto central apresentar resultados concretos de sua investigação noológica, salientando o ponto de partida nas condições específicas da consciência científica moderna. Empenhou-se também em mostrar como esse conhecimento reverte na actuação artística e na organização da vida prática em geral.

Em 1924 Rudolf Steiner torna-se membro e presidente da Sociedade Antroposófica, reinaugurada a 10 de Janeiro desse ano em Dornach, na Suíça.

A obra de Rudolf Steiner é vasta e complexa, abrangendo tanto investigações filosóficas quanto exposições de conteúdos da investigação noológica. A pedido de contemporâneos, que o procuraram em grande número, Steiner deu também sugestões para novos caminhos em muitas áreas práticas como na pedagogia, na medicina, na agricultura, na arquitectura, e artes.

Antroposofia significa etimologicamente "A sabedoria do Homem"

Segundo esta teoria, O Homem vive em três níveis:

- A. Nível Cósmico – Espiritual,
- B. Nível psíquico – emocional,
- C. Nível orgânico – vital,

A cada corpo humano vivo corresponde uma entidade psíquica própria. E, no âmago desta entidade psíquica, como essência íntima da alma humana, como centro desta personalidade, existe ali um ser espiritual, uma Individualidade, um EU Humano.

O Homem é assim constituído por corpo, alma e espírito.

O corpo do Homem é composto tais como corpos de outros seres, isto é, pela mesma matéria orgânica, a diferença será que é humanizada pelo Homem. O Homem diferencia-se dos outros seres pela sua alma Humana, originando capacidades únicas que o diferencia.

De acordo com esse método de pesquisa ampliada, temos quatro estruturas essenciais que constituem a entidade humana:

1. O Corpo Físico: mineral, substancial, existente em diversas formas, em todos os reinos da natureza.

2. O Corpo Vital ou Etérico: fundamento da vida, das características puramente vegetativas, crescimento, regeneração e reprodução. Existe em todos os organismos vivos.

3. O Corpo Anímico ou Astral: é o fundamento da organização sensitiva do homem; ele reordena os processos biológicos, permitindo a aparição do sistema nervoso no mundo animal e no homem.

4. A Organização para o Eu: é a organização própria do homem, dá a auto-consciência e reagrupa as actuações dos outros três corpos, surgindo assim o andar erecto e as capacidades de falar e pensar.

Essas quatro organizações agrupam-se reciprocamente em três formas diferentes no organismo humano, surgindo assim uma estrutura funcional e anatómica de constituição tríplice:

1. Sistema Neuro-sensorial: concentrado principalmente na região da cabeça, mas também distribuído por todo o corpo. Ele está a serviço da consciência.

2. Sistema Rítmico: cujo centro funcional se encontra na região torácica, onde a característica das funções pulmonar e do coração é o ritmo. Também presente nos ritmos de outras funções biológicas, fora da cavidade torácica.

3. Sistema Metabólico e das Extremidades: agrupa todos os processos metabólicos, base para o sustento, regeneração e movimento do organismo, cujos órgãos principais se concentram na cavidade abdominal e extremidades; mas funcionalmente presente, tal como os outros dois sistemas, em todo o organismo e em cada uma de suas células e tecidos.

A relação recíproca desses três sistemas muda durante a vida do ser humano, de idade para idade, vinculando-se com essa mudança biológica às mudanças que acontecem psicológica e espiritualmente no desenvolvimento normal das pessoas.

Um transtorno nesta transformação através do tempo leva a um desequilíbrio na relação recíproca desses três sistemas e esta é a causa primária das doenças. O Sistema Neuro-sensorial é, em termos de multiplicação celular e regeneração de tecidos, biologicamente muito pobre quando comparado com os órgãos do Sistema Metabólico: e esta é a situação normal dele. Quando no Sistema Metabólico se repete a situação normal para o Sistema Neuro-sensorial, surgem as doenças degenerativas e, em geral, as doenças de evolução crónica; quando ocorre o contrário, quer dizer, o normal para o Sistema Metabólico aparece no Sistema Neuro-sensorial ou órgãos vizinhos, temos aí o fundamento das doenças inflamatórias, agudas.

Patologia na perspectiva antroposófica: Todas as doenças físicas são metamorfósicas, Steiner escreveu uma vez “o mal é o bem no lugar errado”, assim, por exemplo, as condições ambientais que reúnem no intestino são sadias se mantidas somente ali.

As causas das doenças são várias, entre as imediatas são os factores ambientais, os envenenamentos e poluições do ar, da água, dos alimentos, da esfera social, da esfera psíquica colectiva, etc., etc.

Os doentes são orientados para uma dieta à base de produtos de agricultura biológica e biodinâmica (também desenvolvida por Steiner), aliás esta agricultura é hoje notícia e tendência “ Alguns produtores franceses aderiram à agricultura biodinâmica, como o Romanée Conti, o mais famoso tinto de Borgonha. Também no vale do Loire se está a produzir segundo os mesmos métodos.”

(Revista Extra Vinhos edição do jornal Expresso de 25 Setembro 2004), mas também de outros tipos de alimentos: arte, belas imagens, belos sons...

Além dos factores ambientais, são os de ordem genética, hereditários. Outros como factores endémicos, epidémicos e infecciosos.

Por exemplo, em relação à doença SIDA, a antroposofia critica as mentes científicas ortodoxas por “supervalorizar” o vírus e subvalorizar o terreno humano, das condições biológicas e anímicas da pessoa.

Os remédios administrados segundo a visão antroposófica, seja essa substância animal, vegetal ou mineral, é sempre dado com base nas relações, ou melhor nas inter-relações Homem-Natureza substância antroposófica ou outra sob a matriz antroposófica de outra “medicina”.

Os medicamentos propriamente antroposóficos são muitos, sendo muitas vezes metais vegetabilizados, o metal é colocado na terra de uma planta essa mesma planta absorve-o e depois é preparado e administrado de acordo.

Estes são na verdade, uma síntese biodinâmica que imita de forma viva o processo que estruturou e formou determinado órgão ou função orgânica.

Por fim o remédio certo é aquele que é descoberto pelo terapeuta para cada paciente no grande laboratório que é a natureza.

O terapeuta vê o paciente e sua doença como uma miniatura de um processo que existe num sistema macro, ou seja, no cosmo. O paciente é uma miniatura do universo. O paciente tem órgãos, fluxos, ritmos, dinamismo e processos vivos que têm parentesco com tudo o que ocorre no universo — a visão holística.

A terapêutica da Medicina Antroposófica vai bem além do uso de medicamentos. A partir dela, têm-se desenvolvido outros recursos com indicações específicas e diferenciadas, como:

1. Eritmia Curativa: terapia baseada em determinados movimentos corporais.

2. Terapia Artística: utiliza de forma terapêutica as diferentes artes: modelagem, música, desenho, pintura.

3. Massagem Rítmica.

4. Quirofonética: terapia baseada na fala.

Esta Medicina surgiu na Europa e lá se encontra muito difundida nos seguintes países: Alemanha, Suíça, Holanda, Itália, Suécia, França, como também em outros países da Europa e em outros continentes.

O universo é um grande ser humano estendido em torno de nós! Cada Homem é um pequeno universo recolhido em si! E o que é um remédio? É um ser, processo, um organismo retirado do "grande Homem" (o Universo), o qual tem grande relação com o órgão humano afectado. Medicação antroposófica, é levar a harmonia do universo ao interior do Homem (que é outro Universo) o terapeuta é o intermediário, o universo é a essência, o fermento do processo.

2.17.2. Edward Bach (1886-1936)

e os Florais de Bach

Diplomado em medicina em 1912. Privilegiava a componente prática À teórica, estando junto dos pacientes no hospital a observar a sua evolução. Foi com insatisfação que observou que os resultados que estavam distantes do seu ideal de cura efectiva e duradora para todos os pacientes. Entrou na sua busca para a Escola de Imunologia, reconheceu no seu trabalho de investigação a importância das bactérias intestinais na manutenção da saúde do indivíduo.

Criou os nosódios de Bach (produtos de origem humana preparados homeopaticamente, isto é, muito diluídos e dinamizados) de génese bacteriana do meio intestinal após estudo da teoria homeopática de Hanhemann.

Embora obtendo resultados interessantes no alívio dos processos infecciosos pela drenagem do sistema digestivo, não estava satisfeito, procurava na natureza remédios naturais, nomeadamente plantas.

Entre 1928 e 1930 abandonou a sua carreira médica reconhecida.

Desde 1928, começou a procura de plantas que pudessem substituir os nosodes intestinais.

Foi em Gales que descobriu as primeiras das 38 plantas, mais precisamente flores, que constituem o seu conjunto terapêutico conhecido como florais de Bach: o Impatiens e Mimulus.

Actualmente se realiza cursos promovidos pelo Bach Center de Inglaterra em todo o mundo.

2.17.3. Andrew Taylor Still (1828-1917)

e a Osteopatia

Médico, de Kansas, perdeu os seus três filhos por epidemia meningítica, sem que a medicina da época tivesse possibilidades de os tratar. Descontente e desolado, fez diversas experiências e descobriu uma nova terapêutica à qual deu o nome de "osteopatia".

Fundada em 1874, a American Medical Association (a Ordem dos Médicos dos EEUU) reconhece a sua prática e seus direitos em 50 (cinquenta) estados em 1973.

Representado pela American Osteopathic Association.

Actualmente existem mais de 42 000 (quarenta dois mil) D.O.'s nos EEUU no seu estudo tem o mesmo grau de exigência na admissão dos colegas da medicina convencional.

Existe actualmente cerca de 19 (dezanove) colégios de medicina osteopática.

2.17.4. David Daniel Palmer (1845- 1913) e a Quiroprática

Fundador da quiroprática, autodidacta, sentiu curiosidade pela terapia e terapeutas que usavam os magnetos e passou a utilizar esta técnica. Procurava uma medicina sem medicamentos. A quiroprática surge quando um seu paciente apresentava uma deficiência auditiva desde que tinha sofrido um acidente ("jeito") nas costas após um esforço.

Observou a coluna do paciente e detectou um desnível das vértebras, corrigiu manualmente com um empurrão firme nivelando a coluna. O paciente ficou de imediato excitado e contente pois começou a ouvir sons novos. Após varias sessões a audição do seu paciente estava restaurada. Nascia assim a quiroprática.

Se com o primeiro caso ficou entusiasmado, o segundo foi um problema cardíaco que fica sem sintomas logo no primeiro ajuste.

Passados anos de prática concluiu a premissa básica da quiroprática "a causa virtual de todas as doenças `e a sub luxação vertebral, e o ajuste articular específico, a cura."

Samuel H. Weed, um dos seus pacientes foi quem deu a denominação de quiroprática, formada por duas palavras de origem grega "cheiros" mãos e "praktos" (prática), significando manipulação, "feito pelas mãos" e o quiropractor o profissional "quem faz com as mãos". Palavra criada a 14 de Janeiro de 1896.

Entretanto, em 1897 D.D. Palmer criou a *Palmer School and infirmary of Chiropractic*. Esteve preso 23 (vinte e três) dias por prática ilegal de medicina. Mais tarde um dos seus alunos foi preso por prática ilegal de medicina, acusado de “exercício sem licença de medicina, cirurgia, e osteopatia e pelo uso da palavra de “doutor”. Seu defensor Tom Morris um advogado Humanista começou por provar que não prescrevia medicamentos nem realizava cirurgias, somente utilizava as mãos para tratar os doentes, não podendo assim ser acusado de exercício ilegal de medicina. Só poderia ser acusado de praticar osteopatia.

Promoveu um testemunho de um osteopata comparando a osteopatia da quiroprática, tendo a primeira - a osteopatia - como base fisiologia ao papel relevante da circulação sanguínea. Já para a quiropraxia esse papel é exercido pelos nervos. O resultado foi de inocente

Esta decisão histórica fez criar uma forma distinta de tratar. O estado americano de Kansas foi o primeiro a licenciar a quiropraxia em 1913. Em 1927 era legal em 39 (trinta e nove) estados.

Em 1922 foi criado a ACA (*American Chiropractic Association*).

A *Palmer School* foi a primeira escola a ter aparelhos radiológicos. Hoje é a *Palmer School of Chiropractic*, passou de 15 (quinze) alunos em 1901, para 3 100 (três mil e cem) em 1923. Hoje existem mais de 30 (trinta) instituições a ensinar quiropraxia em todo o mundo, a mais de 20 000 (vinte mil) estudantes e 90 000 (noventa mil) Doutores em Quiropraxia (D.C.) em todo o mundo. Sendo a segunda arte exercida nas ciências médicas: medicina, quiroprática e osteopatia.

2.18. A MEDICINA CONTEMPORÂNEA

Os bioquímicos e biofísicos exploram os meandros da célula, descobrindo suas reacções metabólicas e as estruturas dos genes. Em 1953, James Watson e Francis Crick descrevem a estrutura do DNA em dupla hélice. Surgem os avanços da genética e da engenharia genética – agora no século XXI temos o desvendar do genoma humano.

O microscópio electrónico permitiu avançarmos da estrutura celular para uma investigação molecular e atómica de bactérias e vírus.

Os progressos da Física trouxeram enormes contribuições práticas, sobretudo na área do diagnóstico: os isótopos radioactivos da Medicina Nuclear; a eletroforese e a espectrofotometria nas Análises Clínicas; o eletrocardiograma, o eletroencefalograma e o eletromiograma nos estudos da Fisiopatologia; as radiografias, a tomografia computadorizada(TAC) e a ressonância magnética na Imagenologia, Ortopedia e Neurocirurgia; a arteriografia digital e o cateterismo cardíaco na Angiologia e na Cardiologia; entre outros.

Os fisiologistas descrevem as enzimas, os electrólitos e as hormonas, desvendando os mistérios do metabolismo e de suas complexidades funcionais.

Sigmund Freud (1856-1939), introduziu a psicografia subjectiva representou uma notável contribuição para a Psiquiatria, ao enfatizar o conceito de que o Homem é uma totalidade – *um organismo biológico e histórico*. Freud defendeu que o inconsciente, e não o consciente, constitui a maior parte da mente humana, estando subdividido em três partes interdependentes: *id*, *ego* e *superego*.

Um dos discípulos de Freud, o médico suíço **Carl Gustav Jung** (1875-1961), postulou dois sistemas do inconsciente: o *personal*, constituído por repressões e desejos suprimidos, e o *arquetípico*, composto de vivências herdadas ao longo da existência humana (inconsciente colectivo).

Uma nova era na Farmacologia teve início em 1935 quando o alemão Gerhard Domagk descobriu as propriedades bactericidas da sulfanilamida, a precursora das sulfonamidas, que se tornaram as primeiras “drogas miraculosas” do século XX ao combaterem eficazmente inúmeras doenças infecciosas, especialmente a pneumonia e a peritonite pós-cirúrgica.

Em seguida, num pequeno e desorganizado laboratório em Londres, a contaminação de uma cultura de bactérias pelo fungo *Penicilium notatum* proporcionou ao Dr. **Alexander Fleming** (1881-1955) a oportunidade de ampliar o arsenal terapêutico contra as doenças infecciosas.

A penicilina, nome dado por Fleming à substância isolada daquele fungo, permaneceu como curiosidade laboratorial até a Segunda Guerra Mundial, quando foi ampliada sua produção e desenvolvido seu uso pelos ingleses Howard Florey e Ernest Chain no combate às infecções provenientes dos ferimentos, reduzindo drasticamente as mortes deles decorrentes.

À penicilina seguiu-se a descoberta da estreptomicina em 1944 pelo Dr. Selman Waskman e seus assistentes. Depois, na esteira dos antibióticos naturais, surgiram os antibióticos semi-sintéticos e os sintéticos, grande fonte de riqueza para a indústria farmacêutica na actualidade.

As universidades, como centros de ensino médico, passaram a desenvolverem-se como enormes e bem equipados centros de pesquisa e de tecnologia médica. Parcerias com as indústrias farmacêutica e de equipamentos tornaram as universidades os locais preferidos para a actuação dos médicos investigadores.

O papel do médico durante o século XX foi expandido e intensificado: assumiu uma maior função pública, com crescente responsabilidade social; os formidáveis avanços da medicina impuseram a necessidade de manter o médico sempre actualizado, contribuindo para o fortalecimento da especialização e o aparecimento de novas especialidades.

No início do século, o clínico geral (médico de família) trabalhava sozinho, possuindo notável conhecimento de todo o arsenal terapêutico então disponível, quase sempre dentro de sua maleta característica; sua prática dava-se no seu consultório ou ao domicílio; os hospitais eram usados somente para os segregados e os indigentes.

Actualmente o papel do médico mudou: de profissional liberal passou a ser um assalariado; a prática individualista deu lugar aos grupos de profissionais – equipas multiprofissionais e com alto grau de especialização e resolutividade; o hospital e centros de saúde, passaram a ser o ambiente preferido para o ensino médico e para a assistência de inúmeros pacientes; o volume de informações cresce vertiginosamente, estando disponível em milhares de revistas especializadas, em eventos científicos nacionais e internacionais e por meios electrónicos (VCR, CD-ROM e Internet); surgiram os planos e os seguros de saúde para intermediar as relações entre médicos e pacientes; os laboratórios farmacêuticos transformaram-se em poderosas corporações transnacionais; os diagnósticos e tratamentos obedecem a rigorosos critérios científicos, adoptando-se a tecnologia cada vez mais sofisticados como suporte indispensável e necessário;

Os custos com a saúde são cada vez mais elevados e a exclusão tende a ampliar o universo dos desprotegidos; a assistência médica, assim como a sociedade capitalista globalizada, está hierarquizada e estratificada.

A Medicina do século XX, apesar das enormes dificuldades enfrentadas pelos povos de países subdesenvolvidos, pode-se orgulhar de inúmeras façanhas: o controle ou a erradicação de doenças potencialmente letais, como a varíola, a sífilis entre outras;

A redução das taxas de mortalidade das neoplasias malignas, em especial as leucemias; a redução da mortalidade infantil com as medidas preventivas e de saneamento básico;

O domínio do processo reprodutivo, pela contracepção ou pelas técnicas de reprodução assistida; melhoria na segurança e nos resultados de diversos procedimentos cirúrgicos, com adoção de técnicas de endoscopia, videocirurgia, telemetria, telemedicina e robótica. A interpretação do genoma humano. A clonagem de tecidos humanos para transplante. A terapêutica genética...São no essencial as grandes conquistas científicas da medicina contemporânea.

2.19. MEDICINA NÃO CONVENCIONAL na actualidade ("ALTERNATIVA" OU COMPLEMENTAR")

2.19.1. Conceitos

Com o mesmo percurso histórico da medicina propriamente dita, desenrolou-se “no mesmo tronco” até fim do século XIX princípio do sec. XX, a denominada medicina não convencional.

A medicina alternativa ou complementar não está inserida no âmbito da medicina convencional, manteve os mesmos métodos, visão e uma abordagem mais actual; Inclui uma variedade de terapias específicas baseadas numa filosofia própria.

A OMS define-a conforme citação no relatório da “British Medical Association” , já referido, como: “todas as formas de cuidados de saúde que usualmente estejam fora do sector oficial de saúde”

A própria OMS tem intervenções directas em estudos destas áreas, em vinte e quatro centros. (WHOM, nº2, 1996).

A definição de “Harvard Medical School” é: “A medicina alternativa é constituída pelas práticas usadas numa intervenção médica, promoção de saúde ou prevenção de doenças que não são ensinadas por rotina nas escolas de medicina nos Estados Unidos da América, nem são normalmente pagas pelos sistemas de cuidados de saúde americanos.”

Características gerais que as distinguem da medicina convencional

1. Filosofia (holística, ancestral)
2. Avaliação da saúde: íris, bioenergético, clínica, fisionomia, etc.
3. Tratamento exclusivamente com meios naturais (plantas, remédios homeopáticos, manipulação, ajustes, massagens, entre outros exemplos);
4. Integração do doente no processo de cura, responsabilização do doente pela sua saúde e reintegração do Homem ao meio natural, à “mãe natureza”

1- A filosofia: baseia-se no conceito holístico que representa um estado de equilíbrio entre o ser humano total e o seu meio.

O termo holismo tem origem em *holos* (totalidade) e foi utilizado pela primeira vez, em 1926, pelo filósofo sul-africano, Jan Christian Smuts, em seu livro "Holism and Evolution", no qual ele estabeleceu uma relação entre vida e matéria, considerando-as como partes de uma totalidade maior e única, onde cada conjunto ou sistema completo em si mesmo integra-se a conjuntos cada vez mais aperfeiçoados e abrangentes.

O conceito holístico em saúde é de tratar a “pessoa-completa”, na globalidade observando com sentido crítico e terapêutico o Homem no seu total, isto é, observar os fenômenos não dissociados com as repercussões no seu estar físico, mental e espiritual, assim como no seu estar social e ambiental, no sentido lato, no seu estar ecológico (interno e externo).

Cada indivíduo é reconhecido como um sistema integrado. Remover qualquer parte desse sistema, requer um reajustamento de todo o sistema. O efeito de longo ou curto termo dependerá da importância da parte removida e da habilidade do sistema para se ajustar à parte que lhe falta.

(Smuts J.C., *Holism and Evolution*, Ed. N & S Press, Cape Town, 1987.)

A medicina holística é uma aproximação filosófica para a saúde e para a doença.

Nesta perspectiva Bodeker, num artigo publicado como “Traditional health knowledge and public police”, na “Nature & Resources” — “UNESCO”, 1994, refere: “A Organização Mundial de Saúde (OMS) referiu-se a estes sistemas como sendo *holísticos*, ou seja, “que vêem o Homem na sua totalidade no âmbito de um espectro ecológico mais alargado, e que dão ênfase à visão de que a saúde precária ou a doença surgem através de um desequilíbrio do Homem no seu sistema ecológico total e não só através de um agente causador ou uma evolução patogénica” (OMS 1978). pag.s 279-280

2- Avaliação da saúde próprios: baseado obrigatoriamente na filosofia base, na observação “glocal”; a saúde é considerada equilíbrio Total do ser humano em que o Todo está normal, ou seja o Todo deve “estar fisiológico”. Quando se altera essa normalidade ou equilíbrio, o Todo passa a estar anormal, e, portanto, não pode estar fisiológico, apresenta disfunção (alteração à função) ou lesão quando a disfunção não é detectada e corrigida precocemente tornando-se visível e considerado patológico ou patologia. Hoje a medicina natural tenta corrigir o disfuncional, fala-se mesmo da medicina funcional. Ou então prevenir as patologias pela correcção do disfuncional com meios naturais. As observações na Íris e outros métodos denominados bioenergéticos pesquisam a função ou tendência para.

A avaliação da saúde procura a origem do desequilíbrio total do corpo humano, que pode ser pela parte física, emocional ou nutricional. Por isso as medicinas não convencionais utilizam diagnósticos que avaliam a disfunção do Todo orgânico.

Para isso há uma necessidade de aprofundar a investigação clínica e a observação do doente numa trilogia sequencial:

- O terreno hereditário - o indivíduo é dotado de qualidades inatas e estas de difícil de provocar modificações no curso da sua existência - é o terreno referido com frequência pelos homeopatas.
- Factores dominantes individuais que resultam da interacção dos factores congénitos e adquiridos;
- O desequilíbrio das funções, levam, se o processo continuar, às disfunções propriamente ditas e depois às lesões com sinais e/ou sintomas a revelarem-se (patologia).

O diagnóstico das medicinas não convencionais é uma avaliação do corpo humano no seu Todo, necessária para conhecimento do fenómeno ou dos fenómenos que alteram a normalização desse mesmo Todo, procurando apoio numa axiomática e numa lógica realista e concreta. Isto é, a pesquisa da causa da alteração ou alterações no indivíduo, pesquisa que resulta numa forma de aplicação terapêutica natural. Para isso utiliza-se:

A semiologia (conjunto de sinais e sintomas), pela qual se analisam:

- As circunstâncias do desequilíbrio que originou o aparecimento da doença;
- O comportamento habitual do doente;
- As reacções habituais subjectivas;
- Os sinais objectivos habituais,
- As secreções e excreções;
- Ciclos fisiológicos;
- As modalidades determinadas pela doença;
- Os sintomas, peculiares e raros para a homeopatia

Os exames auxiliares de diagnóstico:

- Iridiologia, fisiognomia, aurículo-diagnóstico,
- Bio-electrónicos: *voll, vega*, electroacupuntura, biorressonância...;
- Análises ao cabelo- mineralograma
- Termografia

Meios de avaliação de saúde que não comprometerem o estado fisiológico, não invasivo.

3- Tratamento Característico - Nas medicinas complementares, as técnicas actuam com o fim de recuperar o equilíbrio, normalizando o organismo, porque só o conhecimento do que provoca a perturbação das leis ou dos mecanismos fisiológicos é que pode recuperar o equilíbrio. Por isso o tratamento é baseado e dirigido ao doente como um Todo.

É necessário que o clínico não convencional seja, tanto na pesquisa como na aplicação, lógico, positivo e pragmático (Borges de Sousa, 1998).

4- Efeitos terapêuticos - é dado ao organismo meios de auto-equilibrar-se, quer seja por uma planta, um conjunto de plantas, uma manipulação ou massagem. Com base numa percepção próprias desta área assim actuará tendo sempre em mente a filosofia de base, o resgate do Homem aos meios naturais e saudáveis de vida integrados no seu meio ambiente.

2.19.2. Areas terapêuticas reconhecidas por lei em Portugal

A Lei nº 45 /2003 (em anexo), legisla sobre cinco terapias não convencionais, Naturopatia, Homeopatia, Acupunctura, Osteopatia e a quiropractica.

Sabe-se que na actualidade existem mais de 300 (trezentas) metodos, práticas não convencionais, sendo muitas, sub áreas das cinco legisladas.

2.19.2.1. Naturopatia

Naturopatia é um sistema multidisciplinar de manutenção da saúde que engloba diversos elementos, como alimentação saudável, água pura, exercícios e repouso. Existem três princípios que regem a naturopatia: a força vital capacidade de auto-cura tendente ao equilíbrio, os sintomas da doença que são manifestações de luta contra o factor que desequilibra e o tratamento como holístico e natural.

O termo naturopatia foi proposto pelo alemão Benedict Lust (1872 - 1945), Que significa terapia natural. Foi em 1902 que Lust adquiriu os direitos para o termo "naturopatia" de John H. Scheel, outro discípulo de Kneipp, que o cunhou em 1895. Naquele mesmo ano, ele começou a se referir como um naturopata, abriu o *American Institute of Naturopathy* e substituiu as *Kneipp Societies* por uma organização naturopática nacional. Lindlahr posteriormente sistematizou a naturopatia e abriu um sanatório e uma escola num subúrbio de Chicago. Macfadden popularizou exercícios e jejuns. Tilden contribuiu com noções sobre "auto-intoxicação" (que se diz ser causada por matéria fecal que permanece muito tempo no intestino) e "toxémia" (alegada como sendo "a causa básica de todas as doenças").

Naturopatia [naturologia], algumas vezes referida como "medicina natural", é uma abordagem e visão analógica da natureza no Homem, promove e apoia a capacidade inata própria do corpo de alcançar a saúde - o equilíbrio , e ainda facilita os mecanismos de cura inerentes do corpo.

Os naturopatas asseguram que as doenças são esforços do corpo para se purificar, e que a cura vem como uma consequência da intensificação da "força vital" do paciente. Alegam estimular os processos naturais de cura do corpo livrando-se das denominadas impurezas ou "toxinas."

Os princípios da naturopatia são vários e essencialmente transportados pelas raízes hipocráticas:

Natura medicatrix, a natureza é que cura, é a sua força que cura.

Primum non nocere, primeiro não prejudicar, outro princípio naturopático, não prejudicar o retorno ao equilíbrio no caso de doença, ou melhor, a naturopatia ajuda o corpo a voltar ao seu equilíbrio em saúde.

Refere Lazaeta a este propósito: Hipócrates formulou as regras da verdadeira arte de curar, cuja chave expressa na sua clássica frase *natura medicatrix* ou seja: "a Natureza é a que cura", foi esquecida pelos profissionais com a sua actuação antinatural que conduz à «medicação» e à mutilação do corpo

A acção tóxica dos venenos da botica é precisamente o agente que deprime e anula a força curativa natural que possui todo o organismo, chegando a paralisá-la até impedir toda a reacção salvadora. A mutilação das entranhas também torna impossível restabelecer a normalidade funcional do organismo, o que equivale a dizer a Saúde.

As forças da Natureza já não actuam no corpo que está sob a acção medicamentosa, o que explica que com drogas se suprimam os sintomas, que constituem sempre defesa orgânica.

De acordo com um relatório abrangente apresentado ao Congresso dos Estados Unidos em 1970 pela agora extinta *National Association of Naturopathic Physicians (NANP)*:

“A naturopatia... é a técnica de tratamento das doenças humanas que enfatiza o auxílio à natureza. Pode adoptar o uso de actividades, forças, processos e produtos da natureza, introduzindo-os no corpo humano por qualquer meio que traga resultados positivos à saúde.”

A naturopatia é baseada na tendência do corpo em manter um equilíbrio e de curar-se. O propósito da medicina naturopática é promover esse processo usando remédios naturais . . . Distintos da medicina "ortodoxa" (alopatia), a qual busca combater doenças usando remédios que são escolhidos para destruir o agente causal ou que produza efeitos diferentes daqueles produzidos pela doença tratada.

A naturopatia dá prioridade as seguintes condições como base para enfermidades:

- (1) Diminuição da vitalidade;
- (2) Composição anormal do sangue e da linfa;
- (3) Desajustes dos músculos, ligamentos, ossos e distúrbios neurotrópicos;
- (4) Acumulação de resíduos e venenos no sistema;
- (5) Germens, bactérias e parasitas que invadem o corpo e florescem por causa de estados tóxicos que podem oferecer condições perfeitas para seu florescimento;
- (6) Consideração de influências hereditárias, e
- (7) Distúrbios psicológicos.

Ao aplicar os princípios naturopáticos de cura, os profissionais podem administrar um ou mais aparelhos ou substâncias fisiológicas, mecânicas, nutricionais, manuais, fitoterápicas ou animais específicas. O objectivo final do profissional é remover obstáculos ao funcionamento normal do corpo, aplicando forças naturais para restaurar suas habilidades de recuperação.

Somente aquelas preparações e doses que agem em harmonia com a economia do corpo são utilizadas, para alterar funções incorrectas, purificar o corpo dos resíduos catabólicos e promover seus processos metabólicos.

A American Association of Naturopathic Physicians (AANP) declara que "medicina naturopática tem seu próprio e único corpo de conhecimento, desenvolvido e refinando por séculos" e é "eficaz no tratamento de todos os problemas de saúde, sejam crónicos ou agudos". De acordo com um boletim de 1989 da AANP:

A principal diferença (entre a medicina naturopática e a convencional) está em sua abordagem filosófica. Naturopatas tratam pacientes restaurando a saúde integral ao invés de suprimir alguns sintomas chaves. Naturopatas são mais preocupados em encontrar a causa base de uma condição e aplicar tratamentos que trabalham em aliança com os mecanismos naturais de cura do corpo ao invés de contra eles. Nos tratamentos naturopáticos resultam menos efeitos colaterais adversos ou em condições crónicas que inevitavelmente surgem quando a causa da doença é deixada sem tratamento".

Naturopatas oferecem tratamentos em seus consultórios e em Spas onde os pacientes podem ficar por várias semanas. Suas ofertas incluem jejuns, dietas com "alimentos naturais", vitaminas, ervas, minerais de tecidos, remédios homeopáticos, sais celulares, manipulações, massagens, exercícios, enemas, acupunctura, medicina tradicional chinesa, parto natural, e aplicações de água, calor, frio, ar, luz do sol e electricidade. Muitos destes métodos são ditos para "desintoxicar" o corpo.

2.19.2.2. Homeopatia

É uma terapêutica natural porque se baseia no princípio da força vital, sendo este o mecanismo responsável pelo funcionamento saudável do corpo e pela coordenação das suas defesas contra as doenças.

Assim, ao aplicar um medicamento homeopático estamos a provocar no organismo uma reacção, uma activação desta força vital.

Quanto à distinção entre medicamento homeopático e medicamento farmacológico, ela assenta no facto de que o medicamento farmacológico utiliza doses ponderais de um determinado principio activo obtido por síntese química, com um alvo específico e a acção é proporcional à dose enquanto o medicamento homeopático utiliza na sua grande maioria produtos de origem vegetal, mineral e animal, é diluído e dinamizado na sua preparação, sendo denominadas de decimais “hanemaniannas” (DH) 1/10 e centesimais (CH) 1/100 esta diluição 1 parte em 10 ou em 100 é dinamizada (agitada) varias vezes.

1 CH corresponde a 1 parte da substância (produto) em 99 partes de álcool, 1 DH é em 9 partes de álcool, é muitas vezes prescrito 20, 200, 1000, ou mesmo 50 000 CH. Tem uma acção global no organismo, o estímulo periódico é importante.

Samuel Hahnemann (1755-1843) fundador da homeopatia. Este médico e químico alemão formulou um princípio de tratamento sintetizado pela expressão latina “*similia similibus curantur*”, os semelhantes curam-se com os semelhantes.

Estamos perante um sistema terapêutico completo, com uma doutrina, uma clínica, um diagnóstico e uma terapêutica própria. A homeopatia é muitas vezes reconhecida pela a sua actuação “privilegiada” na área das alergias, mas pode ser utilizada em todos os quadros clínicos, sejam eles agudos ou crónicos desde que exista uma capacidade de reacção do organismo.

Em 1796, Hahnemann, publicou seu primeiro trabalho sobre a nova doutrina: "ENSAIO PARA DESCOBRIR AS VIRTUDES CURATIVAS DAS SUBSTÂNCIAS MEDICINAIS", onde relata as experiências realizadas pela primeira vez na história da medicina, com medicamentos no homem são, com fins terapêuticos.

Em 1805, publica "ESCULÁPIO NA BALANÇA", e em 1806 "MEDICINA DA EXPERIÊNCIA" e "FRAGMENTA DE VIRIBUS MEDICAMENTORUM POSITIVIS SIVE IN SANO CORPORE HUMANO OBSERVATIS", Este último, publicado em Leipzig, seria o primeiro esboço de um repertório de sintomas homeopáticos.

Tinha dois volumes, escritos em latim, sendo o primeiro tomo uma exposição sobre as patogenesias de 27 medicamentos, e o segundo um índice alfabético dos sintomas contidos no primeiro.

A sua principal obra é publicada no ano de 1810: "ORGANON DA MEDICINA RACIONAL", mais tarde chamado "ORGANON DA ARTE DE CURAR", do qual preparou seis edições. Logo a seguir iniciou a publicação da "MATÉRIA MÉDICA PURA" e, finalmente o "TRATADO DAS DOENÇAS CRÔNICAS".

Em 1811 mudou-se para Leipzig para tentar introduzir a Homeopatia na Faculdade de Medicina.

2.19.2.2.1. O "Organon Da Arte De Curar"

"Organon da Arte de Curar" é o título da obra fundamental da doutrina homeopática, escrita por seu fundador Samuel Hahnemann. Após a primeira edição, em 1810, foram publicadas mais cinco. A segunda em 1819, (onde surgiu o título definitivo); a terceira em 1824; a quarta em 1829; a quinta em 1833, que foi a que mais se difundiu por todo o mundo, e a sexta, e última, que é póstuma e só foi editada em 1921, porque apesar de inteiramente revista, Hahnemann faleceu antes de terminar os entendimentos com seus editores. Cada edição era melhorada com novos ensinamentos adquiridos da sua experiência, disciplina e profunda capacidade de observação e espírito crítico, sem contudo nunca ter alterado seus princípios fundamentais em nenhuma edição. Hahnemann tinha a capacidade de percepção dos fatos, que para J.T Kent significa ver com entendimento.

Todas as edições originais foram publicadas em alemão, mas contam-se traduções para quase todos os idiomas vivos, inclusive para o **português, em 1847, pelo Dr. João Vicente Martins, que foi discípulo do Dr. Benoit Jules Mure, o introdutor da homeopatia em nosso país**, edição hoje de enorme valor histórico.

Ao afirmar os princípios da homeopatia o *Organon* também estabelece os princípios do exercício da medicina, pois seu corpo doutrinário compreende todos os fundamentos da arte médica a ser exercida pelo homeopata e os seus ideais, desde a conduta médica até as definições de doença e saúde, e o preparo, experimentação e aplicação de medicamentos. Portanto, apresenta uma estrutura filosófica completa, baseada nas leis do Criador, existentes na natureza, e descobertas por Hahnemann, que são aplicadas para esclarecer os fenômenos que ocorrem nos seres vivos no estado de saúde e de doença e como actuar sobre eles, para que o ser retorne naturalmente ao estado de equilíbrio, harmonia e plenitude, isto é, de saúde, para que possa cumprir com os altos fins que a existência lhe destina.

2.19.2.2.2. Princípios da homeopatia

Alguns dos princípios mais importantes nos quais se baseia a homeopatia são:

1-O PRINCÍPIO DA SIMILITUDE

Citado pela primeira vez por Hipócrates no século IV antes de Cristo, depois por Paracelso no século XVI, o princípio da semelhança só seria desenvolvido completamente por Hahnemann. Afirma ele que semelhante cura semelhante, ou: "*Similia similibus curantur*". Hahnemann, ao traduzir a matéria médica do médico escocês Cullen, ficou conhecendo as propriedades medicinais da casca da árvore da quina do Peru, (*Cinchona officinalis*), quando exercia a profissão de tradutor. Decidiu comprovar por si mesmo os efeitos da quina.

Observou então que ela era capaz de curar na pessoa enferma, entre outros sintomas, o mesmo tipo de febre intermitente que ela produzia quando ingerida por uma pessoa sadia, depois de preparada segundo os métodos do próprio Hahnemann, pois ele era também diplomado em Farmácia.

Passou a trabalhar então na experimentação de novas substâncias de todos os tipos afim de descobrir quais sintomas essas substâncias eram capazes de produzir, pois assim saberia o que elas continham de curativo, para poder usá-las nos enfermos que apresentassem os mesmos sintomas.

Os manuais onde se registram as drogas e os respectivos sintomas que elas produziram durante as experimentações em pessoas sadias são chamados "MATÉRIA MÉDICA HOMEOPÁTICA".

Provavelmente Hahnemann já tinha conhecimento do princípio da semelhança mesmo antes de desenvolvê-lo completamente, pois no prefácio da sua obra principal o "Organon da Arte De Curar" ele cita inúmeros exemplos de curas homeopáticas involuntárias feitas por médicos da escola antiga, que não escaparam à sua observação. Também são conhecidos alguns médicos famosos, antes de Hahnemann que conheciam e apoiavam o princípio.

2-A EXPERIMENTAÇÃO EM PESSOAS SÃS

Depois de haver experimentado algumas substâncias em si mesmo e verificar seus efeitos ao produzirem sintomas próprios, Hahnemann percebe que somente uma pessoa sadia é capaz de expressar na sua essência os sintomas puros como manifestação do efeito de uma substância sobre o organismo humano. Qualquer organismo cujo funcionamento em equilíbrio e harmonia, isto é, sua saúde, tenha sido alterado por influências nocivas, terá os sintomas da substância também afectados por estas mesmas perturbações, não sendo capaz de expressá-los externamente de forma confiável. Para produzir os sintomas uma substância deve ser preparada de maneira a influir na dinâmica do funcionamento orgânico, afectando sua energia vital, que controla e mantém seus diversos sistemas em equilíbrio e harmonia, da mesma forma que uma influência externa nociva faz ao produzir uma doença. Só que o faz de uma forma artificial e temporária, pois sendo o seu efeito passageiro o organismo retorna ao seu estado de equilíbrio e saúde original.

Assim, Hahnemann inaugura a experimentação científica em medicina. Mas Hahnemann logo percebeu que alguns sintomas eram indesejáveis e devidos ao efeito da substância no seu estado ponderal, isto é, sintomas tóxicos comuns.

3-MEDICAMENTO DILUIDO E DINAMIZADO

Para estudar o efeito puro dinâmico e curativo de uma substância Hahnemann teria que eliminar sua toxicidade, pois apenas a ação físico-química de uma substância farmacológica, no seu estado elementar, sobre o organismo, ainda que capaz de suprimir a manifestação de um sintoma, até que seja eliminada, não é capaz de atuar sobre a energia vital e restabelecer o seu equilíbrio dinâmico fazendo-a retornar ao estado de saúde, e conseqüentemente colocar todos os sistemas orgânicos em funcionamento normal, de forma suave estável e duradoura.

Hahnemann criou então um método próprio de diluição e atenuação até a eliminação de quaisquer vestígios da substância elementar, ao mesmo tempo que o processo de dinamização exalta de forma potencial as propriedades curativas desta substância, que ele chamava de energia medicamentosa.

Esta energia medicamentosa, desenvolvida através destes processos, transforma as substâncias no seu estado natural em medicamento homeopático, e é de natureza dinâmica como a energia vital, com a qual interage quando este medicamento é administrado a um ser vivo.

4-MEDICAMENTO ÚNICO

Conhecendo o que os medicamentos têm de curativo, ou seja, os sintomas característicos e peculiares que produzem nas experimentações em pessoas sadias, terão a imagem de cada medicamento homeopático. Conhecendo a maneira peculiar e própria com que cada indivíduo, como ser único e inédito, expressa os sintomas do desequilíbrio da sua energia vital quando no estado de doença, teremos a imagem do doente. Quando estas duas imagens são semelhantes se vê aplicado o princípio da similitude. Portanto, quando os sintomas do medicamento homeopático cobrirem fielmente os sintomas do doente, não será necessário dar mais que um único remédio por vez para que o médico tenha cumprido sua função de restabelecer a saúde nos enfermos.

Assim, o médico homeopata prescreve o remédio único, em dose mínima dinamizada escolhido de acordo com a lei dos semelhantes.

Sobre estes princípios fundamentais se apoia a verdadeira homeopatia. São preceitos estabelecidos pelo seu fundador que se mantêm actuais até os dias de hoje.

2.19.2.3. Acupunctura

A acupunctura é um método terapêutico antigo, utilizado há aproximadamente 5000 anos no oriente. Foi criada na China, sendo mais tarde incorporada ao arsenal terapêutico da medicina em outros países orientais como o Japão, Coréia e Vietnã.

Achados arqueológicos da Dinastia *Shang* (1.766 - 1123 AC) incluíam até agulhas de acupunctura e carapaças de tartarugas e ossos, nos quais estavam gravadas discussões sobre patologia médica. Mas o primeiro texto médico conhecido e ainda utilizado pela Medicina Tradicional Chinesa é o *Tratado de Medicina Interna do Imperador Amarelo (Nei Jing Su Wen)*, escrito na forma de diálogo entre o lendário Imperador Amarelo (*Hwang-Ti*) e seu ministro, *Qi Bha*, sobre os assuntos da medicina, segundo alguns autores durante a Dinastia *Chou* (1122 – 256 AC). Outros textos clássicos surgiram posteriormente, entre eles a *Discussão das Doenças Causadas pelo Frio*, *O Clássico sobre o Pulso*, *O Clássico das Dificuldades (Nan Ching)* e o *Clássico sobre Sistematização da Acupunctura e Moxa*.

A palavra acupunctura origina-se do latim, sendo que *acus* significa agulha e *punctura* significa puncionar. A acupunctura se refere, portanto, à inserção de agulhas através da pele nos tecidos subjacentes em diferentes profundidades e em pontos estratégicos do corpo para produzir o efeito terapêutico desejado. Mas, na verdade, acupunctura é uma tradução incompleta da palavra chinesa *Jin Huo* (ou *Tsen Tsio*) que significa metal e fogo.

Os pontos de acupuntura distribuídos pelo corpo podem ser puncionados com agulhas ou aquecidos com o calor produzido pela queima da erva *Artemisia vulgaris*, (mais conhecida como moxa ou moxabustão).

Podem ainda ser estimulados por ventosas, pressão, estímulos elétricos e, mais recentemente, lasers.

Acupuntura e moxabustão fazem parte da chamada Medicina Tradicional Chinesa que inclui ainda uma fitoterapia bastante sofisticada.

Os chineses, ao longo destes milhares de anos, descreveram cerca de 1.000 pontos de acupuntura, dos quais 365 foram classificados em catorze grupos principais. Todos os pontos que pertencem a um dos grupos são ligados por uma linha imaginária na superfície do corpo denominada *meridiano*. Os doze *meridianos principais* controlam o pulmão, o intestino grosso, o estômago, o baço, o coração, o intestino delgado, a bexiga, o rim, o pericárdio, o “triplo-aquecedor”, a vesícula e o fígado.

Existem também dois meridianos localizados no centro do corpo, um que passa pela frente e outro pelas costas. Todos os pontos de acupuntura ao longo destes meridianos afetam o órgão mencionado, mas não necessariamente da mesma maneira. Para os chineses tradicionais, nosso organismo é formado de matéria e energia e é justamente a parte energética, a força vital ou *Chi* que circularia nestes meridianos e todas as doenças seriam conseqüentes a um distúrbio da circulação do *Chi*.

Embora este conceito tenha norteado a prática da acupuntura ao longo destes milhares de anos é um pouco metafísico demais para ser compreendido e aceito pelo mundo científico atual.

Evidências científicas acumulam-se acerca da eficácia da acupuntura, e a intimidade de seu mecanismo de ação está sendo pesquisada em muitos centros médicos do mundo, incluindo Escolas Médicas e Hospitais Universitários na China e no nosso próprio país.

No Brasil, a acupuntura foi recentemente considerada uma especialidade médica pelo conselho Federal de Medicina (CFM) e pela Associação Médica Brasileira (AMB), tendo sido realizado, em outubro de 1999, o primeiro concurso para o Título de Especialista em Acupuntura, no qual mais de 800 médicos foram aprovados.

No Ocidente, a acupuntura ganhou credibilidade principalmente por seu efeito no alívio da dor, seja ela de várias origens. Esta é uma das razões para a ênfase atual da pesquisa no estudo dos mecanismos analgésicos da acupuntura.

O foco de atenção tem sido o papel dos opióides endógenos neste mecanismo. Ao longo de sua evolução, o cérebro desenvolveu sistemas complexos de modulação (aumentar ou diminuir) da percepção da dor.

Em especial o sistema opióide (semelhante à morfina) e o sistema não opióide de analgesia (os neurotransmissores) suprimem a percepção da dor, enquanto que o sistema antiopióide (por ex., colecistoquinina) trabalha contra a analgesia opióide. Opióides são liberados durante acupuntura e a administração prévia de naloxona (droga bloqueadora que reverte os efeitos da heroína, morfina e de outras drogas semelhantes) anula o efeito da acupuntura; porém se a acupuntura for realizada previamente à administração de naloxona não há bloqueio do seu efeito. Além disto observou-se aumento da concentração de endorfinas e também de serotonina no líquido cefaloraquidiano de doentes submetidos à acupuntura.

Mas a acupuntura não causa apenas um efeito analgésico, ela provoca múltiplas respostas biológicas. Estudos em animais e humanos mostram que o estímulo por acupuntura pode ativar o hipotálamo e a glândula pituitária, resultando num amplo espectro de efeitos sistêmicos, aumento na taxa de secreção de neurotransmissores e neurohormônios, melhora do fluxo sanguíneo, e também a estimulação da função imunológica são alguns dos efeitos já demonstrados.

A Organização Mundial da Saúde lista mais de 40 doenças para as quais a acupuntura é indicada. Para os chineses tradicionais existem cerca de 300 doenças tratáveis por acupuntura, entre elas, sinusite, rinite, resfriado, faringite, amigdalite aguda, zumbido, dor no peito, palpitações, enfizema, bronquite crônica, asma brônquica, alterações menstruais, cólica menstrual, lombalgia durante a gravidez, ansiedade, depressão, insônia, mal-estar provocado pela quimioterapia, dores associadas com câncer, tendinites, fibromialgia, dores pós-cirúrgicas, síndrome complexa de dor regional, dermatites, gastrite, úlcera gástrica, úlcera duodenal, colites, diarreia, constipação, cefaléias, enxaqueca, paralisia facial, seqüelas de acidente vascular cerebral, lombalgia, cialgia, artrose, artrites entre tantas outras.

A pesquisa em acupuntura é importante não apenas para elucidar os fenômenos associados ao seu mecanismo de ação mas também pelo potencial para explorar novos caminhos na fisiologia humana ainda não examinados de maneira sistemática.

A Acupuntura originou-se da China, e ao longo de 30 séculos, foram se acumulando enormes experiências práticas e "técnicas" sobre a medicina, tais como: a etiologia, a fisiopatologia, diagnóstico e o tratamento, escritos em centenas de livros.

Naturalmente, tais explicações teóricas foram baseadas, em geral, em observações de pacientes e interpretações subjetivas e objetivas do mestre. Ao olho da ciência médica contemporânea, muitas dessas antigas explicações e métodos são considerados como místicas, de explicação muitas vezes duvidosa.

Visando o espírito de aperfeiçoamento desta medicina milenar, o governo da China incentivou mestres da Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura e/ ou Fitorerapia) a frequentar cursos médicos nas faculdades de medicina convencional, a partir da década de 50, e faziam também a promoção do curso de Acupuntura para os médicos convencionais.

Simultaneamente, desde aquela época foram se incentivando as pesquisas experimentais em modelos animais, nos pacientes e pesquisa clínica. Assim, a Acupuntura seguiu por um campo científico e mais respeitado, salvando-se da decadência e do descrédito geral, noção influenciada por "mestres" tradicionalistas e místicos.

Desde então a Acupuntura tem aberto novos horizontes de tratamento e inovações, tais como:

1. Usada em trauma, auxilia na anestesia para os pacientes que fazem uso de químico/radioterapia etc
2. Associação da Acupuntura com o uso do remédio alopático ou fitoterápico.
3. Avaliação de eficácia da Acupuntura em cada patologia e suas limitações.
4. Inclusão de métodos de diagnósticos da Medicina convencional de melhor precisão.

5. Melhores opções de escolha de pontos e de combinações de métodos variantes de Acupuntura.

6. Desenvolvimento de equipamentos que acrescentam a eficácia da Acupuntura com o rigor científico e médico.

7. Realização constante de eventos científicos em busca de intercâmbio de conhecimento na área de Acupuntura ou com outras especialidades médicas.

Por isso, a Acupuntura da China é a única com sistema educacional, pesquisa e tratamento assistencial completos, como a área médica convencional.

2.19.2.4.Osteopatia

Osteopatia é um método de tratamento manual e natural criado nos Estados Unidos no fim do século XIX pelo médico Andrew Taylor Still como já foi referido.

Achava que o bom equilíbrio das estruturas (o *osteon* do grego do aparelho do aparelho locomotor) era crucial para evitar o aparecimento de disfunções e de doenças (*pathos*). Cabe ao osteopata a tarefa de normalizar as estruturas.

A osteopatia é um tratamento holístico e global em que a forma diagnóstica e terapêutica (técnicas manuais e manipulativas), visam garantir a perfeita mecânica de todas estruturas do corpo, com isso garantindo condições para o corpo actuar na sua auto regulação e cura.

O osteopata utiliza uma técnica específica para cada tecido (osso, ligamento, fascias, músculo, vísceras e crânio) a partir das constatações feitas na anamnese. Entre estas técnicas, destacam-se: *Stretching*, *Spray and Stretch*, *Bombeo*, *Articulatória*, *Miofascial*, *Músculo Energia*, *Jones*, *Funcional de Hoover* (facilidade), *Craniais*, *Viscerais*, e *Thrust*.

Existem duas grandes técnicas manuais:

- Estruturais: Que, por exemplo, corrigem uma disfunção vertebral com uma técnica de *thrust* de pequena amplitude e de alta velocidade; efectuam decoaptações articulares axiais leves chamadas *pompage*,; ou que alongam um músculo espasmódico com uma técnica de *stretching* rítmico, entre outros.

- Funcionais: que por exemplo tratam uma compressão nervosa ou vascular com a técnica dos pontos - *gatilhos de Jones*.

- As áreas de actuação do osteopata são:

- Ortopedia: lombalgia, ciatalgia;
- Pediatria: asma, bronquite, sinusite, escoliose;
- Gastro-enterologia: hérnia de hiato, constipações;
- Neurologia: dor de cabeça, insónia;
- Ginecologia/Obstetrícia: cólicas menstruais;
- Patologia Desportiva: entorses, tendinites.

O tratamento osteopático tem contribuído muito com a fisioterapia nos casos crónicos e agudos da coluna vertebral, tanto em lesões posturais como as traumáticas, pois visa uma estabilidade e uma flexibilidade da coluna, com isso eliminando ou amenizando o quadro de dor. Osteopatas americanos a partir dos anos “30” começaram a ser reconhecidos como médicos nos EUA.

2.19.2.5. Quiroprática

Medicina manual que trata do sistema músculo-esquelético sobretudo da coluna com vista a melhorar todo o funcionamento corporal. Uma vez que é na coluna que passam e de onde saem os nervos para o controle do corpo vê-se a importância das vértebras estarem correctamente alinhadas e sem comprimirem as raízes nervosas.

Como se pode observar, se houverem raízes nervosas comprimidas isso vai afectar o funcionamento dos órgãos internos com todas as consequências que isso acarreta. A quiroprática difere da osteopatia sobretudo na maneira de tratar as articulações onde as manipulações são diferentes e por se dedicar a tratar muitos dos problemas internos que têm origem na compressão das raízes nervosas ao nível da coluna.

O primeiro ajuste quiroprático registrado foi realizado em 18 de Setembro de 1895. Nessa época, Palmer tentava entender a causa e efeito das doenças.

A homeostasis é o conceito básico com o que os profissionais da quiropraxia iniciam sua aproximação ao mundo das doenças do corpo humano. Como na maioria das disciplinas da medicina natural ou não tradicional, esta técnica parte do conceito que supõe que as doenças correspondem ao desequilíbrio do organismo humano que, por natureza, deveria estar sempre na harmonia

O nome quiropraxia provêm do grego *quiros* (mãos) e *praxis* (exercer, praticar) e sua história, de pouco mais de um século, torna-a um dos mais novos ramos da medicina e de difusão mais rápida nos últimos anos nos Estados Unidos.

Sua área de trabalho é basicamente a coluna e sua base científica, segundo explica o especialista Ricardo Fujikawa, baseia-se no fato de que através da coluna vertebral passam centenas de fibras nervosas que conectam os diferentes órgãos do corpo humano aos receptores do cérebro.

O problema aparece quando "a coluna vertebral sofre desalinhamentos o que provoca distensão dos ligamentos e músculos, ativando os receptores da dor e enviando sinais excessivos ao sistema nervoso", explica Fujikawa.

"-Imagine que estes desalinhamentos podem provocar o fechamento dos espaços entre as vértebras, pressionando os nervos que por ali passam, interrompendo o fluxo nervoso, evitando que o sistema nervoso receba as informações exatas dos órgãos como pessoas que ficam isoladas quando as linhas telefônicas são interrompidas", assim é preciso restabelecer o equilíbrio, a ligação.

As razões para que a coluna vertebral perda sua homeostasis, nome do equilíbrio natural na quiropraxia, são diversas: golpes fortes, infecções, inflamações, problemas congénitos (genéticos), má postura, etc. Assim, adicionando todos esses factores, as vértebras acabam inclinando-se, modificando sua posição original.

A massoterapeuta Marinês Marchioro, explica em termos simples que a técnica baseia-se no restabelecimento da harmonia do corpo através do realinhamento da coluna vertebral. Para isso, usam-se técnicas manuais.

O processo, completa Ricardo Fukawa, inicia-se com a anamnese (historia clinica do paciente), continua com um exame físico da palpação, termografia e análise postural e, aliás, uma análise radiológica. O objectivo é encontrar as subluxações (desalinhamentos) das vértebras para poder ajustá-las no lugar devido.

Segundo o especialista, "artigos científicos comprovam a eficácia dos ajustes quiropráticos, demonstrando também melhoria considerável nas patologias neuromusculares, como enxaquecas lesões cervicais, etc. Esses trabalhos dão a base aos princípios da quiropraxia como ciência"

No entretanto, como toda ciência nova, a seriedade e a efectividade da quiropraxia têm sido colocadas em dúvida pela comunidade científica. Até aqui, a nova técnica só tem conseguido refutar parcialmente as críticas que lhe têm sido feitas com resultados que demonstram que as manipulações da coluna vertebral têm êxito na solução de muitas dores nas costas.

Actualmente, para chegar a ser um quiroprático devem-se estudar ao mínimo quatro anos nos quais abrangem-se matérias como anatomia, neuroanatomía, técnica pélvica, ajuste das extremidades, radiologia, biomecânica, técnica cervical, técnica Toggle e jurisprudência, entre outros.

2.20. NOMES NA HISTÓRIA DA MEDICINA NATURAL PORTUGUESA

Outros nomes com formação académica fizeram história na divulgação e prática das medicinas não convencionais no nosso país, entre os quais destacamos:

2.20.1. Garcia D' Orta (1501-1568)

Médico real e naturalista. Nasceu em 1501 e morreu em Goa em 1568. Estudou na Universidade de Salamanca e na de Alcalá de Henares, Gramática, Artes e Filosofia Natural, licenciando-se depois em Medicina.

Tentou diversas vezes ingressar como professor na Universidade de Lisboa, tendo conseguido reger a cadeira interina de Filosofia Natural em 1530. Foi efectivo como professor da Universidade de Lisboa ao substituir o professor Pedro Nunes.

Em 1534 embarcou para a Índia como físico do futuro governador Martim Afonso de Sousa onde fez pesquisas botânicas com fins terapêuticos. Colheu várias informações resultando o seu estudo num dos melhores trabalhos básicos de Botânica terapêutica da época onde revela diversas novas plantas com fins medicinais. Este trabalho escrito originalmente em latim, em Abril de 1563, em Goa, sendo traduzido em diversas línguas e em português com o título *Colóquios dos Simples e Drogas da Índia*, reprodução da edição de 1891 pela Imprensa Nacional - Casa da Moeda, dirigida e anotada pelo Conde de Ficalho, em dois volumes.

2.20.2. José Thomas de Sousa Martins

Nascido em Alhandra em 1843, licenciado em medicina e farmácia, que foi professor na Escola Médico-Cirúrgica desde 1868.

Estudioso no tratamento da tuberculose em clima de altitude, contribuiu para a fundação do Instituto Bacteriológico de Câmara Pestana. Publicou, entre outras obras, *A patogenia Vista à Luz dos Actuais Reflexos* (1868). Este médico viveu para os outros tratando-os com carinho e utilizando tratamentos naturais. Faleceu em 1897.

2.21.3. João Bentes Castel-Branco

Médico formado pela Faculdade de Medicina de Coimbra, sendo um dos médicos portugueses que mais estudou os métodos naturais, visitou os melhores centros hidroterápicos. Introduziu em Portugal o sistema Kneipp e dirigiu as caldas de Monchique.

Foi também um grande adepto das plantas medicinais. Escreveu vários livros, tendo falecido com cerca de 90 anos, presumindo-se ter sido em 1929.

2.20.4. Amilcar de Sousa

Formado em medicina pela Faculdade de Coimbra, defendia “que a maioria das doenças podiam ser tratadas somente pela dieta, agentes físicos e plantas medicinais”.

Fez diversas conferências, expondo a necessidade da reforma da vida humana, a favor do regime alimentar vegetariano e de frutas, da higiene com vida ao ar livre e respeito pelas leis da vida sã. Editou também diversas obras.

No século XIX muitas personalidades e médicos promoveram e exerceram a homeopatia no nosso país, como o Marechal Duque de Saldanha, Presidente Honorário do Consultório Homeopático Lisbonense, que conseguiu do jovem Rei D. Pedro V um subsídio para a publicação da “Gazeta Homeopática”

Foram redactores desta gazeta os médicos que praticavam homeopatia: Bernardino Egídio da Silveira e Castro; António Maria dos Santos Brilhante; Inácio Manuel de Lemos; e António Ferreira Moutinho, médico portuense.

Com a abertura do consultório Homeopático Lisbonense em 5 de Abril de 1859, logo se fundou uma farmácia homeopática, tendo como director técnico **Francisco de Vasconcelos**.

Apareceram mais duas farmácias homeopáticas uma na Rua de Santa Marinha no Rato e a outra na Rua Augusta, a Farmácia Homeopática Costa, em 1879, do farmacêutico **Francisco José da Costa**.

Este farmacêutico publicou, em 1909, o livro *Preparação*, editado pela Biblioteca de Propaganda Homeopática. Traduziu a Farmacopeia Homeopática Alemã de Wilhellm Schwabe, dando-lhe o título de *Farmacopeia Homeopática Poliglota*, editada em 1894.

Em 11 de Agosto de 1906 abriu uma outra farmácia homeopática na Rua de Santa Justa, de que vários médicos faziam parte como: João D'Kort; António Ferreira dos Santos Vasconcelos; e Eloy Castanho entre outros;

Vários médicos fizeram clínica homeopática em Portugal: **Filipe José Rodrigues**, médico cirurgião, talvez o primeiro a introduzir a homeopatia em Portugal, publicando em 1836 um opúsculo sobre a homeopatia. Ainda hoje se encontra um retrato deste ilustre médico no Museu de Medicina, sala Carlos Lopes.

João Brignoli, médico italiano que em 1837 exercia em Lisboa, com grande clientela, numa clínica homeopática.

Prof. Doutor Florêncio Peres Furtado Galvão, que apresentou pela primeira vez uma tese de doutoramento sobre a Homeopatia, em 1835. Foi professor da Cadeira da Matéria Médica e Farmácia, obrigando os seus alunos a lerem o *Organon*.

Henrique Burnay, de origem belga, nasceu em Lisboa e formou-se na Bélgica na Universidade de Lovaina, esteve na Alemanha com Hahnemann onde aprendeu a homeopatia, tendo o *Jornal de Ciências Médicas de Lisboa*, em 1839, referenciado um relatório deste médico.

Em 1853 foi instituída a primeira enfermaria homeopática em Coimbra, pelo Dr. Costa Simões, onde se fizeram vários ensaios em doentes tratados por homeopatia. Nesta mesma cidade havia uma botica homeopática do Dr. João Veríssimo que viera do Rio de Janeiro.

A homeopatia neste século teve uma grande aceitação no nosso país e como refere o Prof. Dr. David de Castro (médico brasileiro, homeopata, sobre *Homeopatia em Portugal* na *Revista Homeopática Simila*, 1978, Brasil); [cit. por Borges, 1998] na nota explicativa:

“Não poderíamos deixar de reverenciar a memória de **João Vicente Martins**, português de nascimento, que foi um dos mais fervorosos propagadores da doutrina de Hahnemann no Brasil.”

A Homeopatia em Portugal no século passado esteve em grande evidência, possuindo vários médicos homeopatas, ambulatórios e consultórios, enfermarias, notadamente na cidade do Porto. Houve em Lisboa um laboratório homeopático e foi realizada uma farmacopeia.

Não sabemos o motivo do declínio do prestígio alcançado pelo método “hahnemanniano” em terras portuguesas, considerando sua proximidade dos grandes centros da Homeopatia no continente Europeu, como a França, Alemanha e Inglaterra.

E o mesmo artigo, referindo-se à “História da Homeopatia no Brasil”, transcreve da tese do Prof. J.E.R. Galhardo, apresentada no 1^o.Congresso Brasileiro de Homeopatia, realizado em 1926 no Rio de Janeiro em homenagem ao médico português, Dr. João Vicente Martins:

Em 1836 concluiu o curso da Escola Médico Cirúrgica de Lisboa, tendo conquistado aprovação plena nos respectivos exames.

Transportou-se para o Brasil, chegando no Rio de Janeiro no dia 30 de Janeiro de 1837. Passou em seguida a exercer a sua profissão, fazendo especialidade de oftalmologia. Assumiu o cargo de médico no Hospital dos Lázaros no dia 12 de Março de 1838 e o de encarregado de clínica externa dos expostos da Santa Casa da Misericórdia a 7 de Janeiro de 1839, cargos dos quais se demitiu, respectivamente em Janeiro e Março de 1840.

Viajou pelo interior de Minas e Bahia, no exercício da profissão de cirurgião, dedicando-se especialmente às patologias dos olhos na capital da Bahia, na própria escola de Medicina. Aceitou o convite que lhe fora feito por professores dessa escola, praticou intervenções cirúrgicas, com habilidade e êxito.

Valor e capacidade lhe eram reconhecidos e propalados, enquanto exercia a clínica alopática. Convertido, porém à Homeopatia, seus ex-colegas passaram a negar-lhe qualquer mérito e até o seu diploma de cirurgião foi considerado “inexistente e apócrifo.”

No mesmo artigo, o Prof. David de Castro refere-se à sua passagem por Lisboa, abordando no seu tema na Conferência aí realizada, a ‘História da Homeopatia em Portugal’, referindo-se à fundação de um consultório e respectiva farmácia no Porto em 1840, conforme entrevista dada à “Notícias Médicas” em 25 de Novembro de 1977, onde afirma [novamente por Borges, 1998]:

“E assim, no Museu da Faculdade de Medicina do Porto existem boticas homeopáticas de Lisboa, do Brasil e de vários países europeus.”

Este professor brasileiro, entregou nas Faculdades do Porto, de Coimbra e de Lisboa duas obras sobre a matéria: a *Homeopatia - Medicina de Base Experimental* e a *Técnica da Homeopatia*, conforme diz o jornal do Porto “Primeiro de Janeiro” de 10 de Novembro de 1977.

José Manuel Gomes, médico homeopata, exerceu clínica em Évora em 1862, onde era conhecido por “médico das águas frias”. Foi nos Estados Unidos da América que ele aprendeu a homeopatia, trazendo para Portugal a primeira farmácia homeopática portátil.

António Vicente Gomes, irmão de José Manuel Gomes, dava consultas enviando as suas receitas para a Farmácia da Misericórdia, no Redondo. Esta farmácia possuía uma pequena biblioteca onde se encontravam livros sobre a homeopatia, como “Oficina”, de Dorvault e “Pharmacopeia Homeopática”, de Jhar e Catellan.

No **século XX** outros médicos exerceram medicina homeopática no nosso país, mencionando apenas os mais conhecidos durante período de 1906 a 1948 (Borges 1998):

- Roberts, com consultório na Rua Augusta e em Santa Justa;
- João D’Kort, Esteves Lisboa e Veiga e Sousa, em Santa Justa;
- Rebelo da Silva Vasconcelos, na Rua Betesga;
- Marques da Costa, na rua do Ouro;
- Melo, na rua das Chagas;
- Manuel Gomes de Amorim, na rua das Chagas;
- Sena Martins, na rua da Victória
- Adelino Gambôa
- Frias Ferreira, no Porto;

António Eduardo Simões, cirurgião pediatra, que exerceu tão briosamente, durante 50 anos clínica homeopática, falecendo em Dezembro de 1987. Foi durante algumas décadas o único homeopata que lutou pela continuidade da homeopatia em Portugal.

Cabe prestar homenagem aos ilustres médicos que se dedicaram à homeopatia na cidade do Porto como: António Ferreira Moutinho; Luíz Esteves da Costa; e A. Ferreira Braga.(Borges 1998)

João António Gomes de Sousa, a quem foi erigido um monumento no Cemitério do Prado do repouso, pelos seus três colegas de consultório, em homenagem a Hahnemann.

A razão do grande desenvolvimento da homeopatia na cidade do Porto, deve-se ao grande número de comerciantes portugueses vindos do Brasil, entre eles o Conde de Ferreira, que legou 20.000 réis à Misericórdia com a condição de se manter no Hospital St.^o António uma enfermaria para tratamentos homeopáticos, com capacidade para 20 doentes.

Alfredo Vasques Homem, foi outro médico que em Lisboa exerceu clínica homeopática até à sua morte. Foi um grande divulgador das medicinas não Convencionais, devido à influência que obteve com a sua estada na Alemanha. Editou a revista "Medicina Natural" que foi um órgão de divulgação das medicinas não convencionais no nosso país.

É de interesse saber que a Academia de Medicina de Lisboa foi a única que em vida de Hahnemann lhe rendeu uma homenagem pública, tendo-lhe concedido um diploma honorário em 1832.

Adriano Lima de Oliveira, conhecido por Dr. Adriano de Oliveira, nasceu em Santarém em 21 de Junho de 1907. Licenciou-se em Medicina em 1939 pela Faculdade de Medicina de Coimbra. Trabalhou com o Dr. Colucci durante um ano e meio. Ainda hoje, apesar dos seus 90 anos, exerce clínica em medicinas não convencionais, em Lisboa.

Outros nomes apareceram exercendo medicina não convencional:

José Lyon de Castro com os seus chás medicinais, em Lisboa no gabinete Botânico-Dietético na Rua do Salitre, até à data do seu falecimento.

No pós-guerra, as medicinas não convencionais propagaram-se a nível mundial. Apareceram alguns nomes no nosso país, sendo o mais carismático:

Pedro Indivéri Colucci, nascido em 8 de Dezembro de 1879 em Fassano, Itália, licenciado em naturopatia nos Estados Unidos da América. Veio da Argentina para Lisboa em 1918, exerceu a naturopatia na Rua Cidália Gonçalves em Lisboa durante alguns anos, estabelecendo-se em Paço de Arcos em 1936, onde exerceu a naturopatia até à sua morte, em Novembro de 1987.

Durante a sua vida, a Ordem dos Médicos moveu-lhe onze processos por exercício ilegal de medicina, não tendo sido condenado em qualquer deles, e continuou a exercer a naturopatia na sua clínica em Paço de Arcos até aos 107 anos, idade com que faleceu.

Milhares de portugueses passaram pelas suas mãos ao longo de todos esses anos. Foi o primeiro, em Portugal, a divulgar e a exercer a medicina não convencional que na época era mais conhecida por naturopatia. Editou a revista "Natura", que ainda hoje existe, tendo sido através desta revista que Colucci transmitiu ao povo português as medicinas não convencionais e os benefícios que poderiam dar, e deram, a muitos portugueses.

2.21. A ACTUALIDADE DA MEDICINA NÃO CONVENCIONAL NO MUNDO

O Interesse pelas medicinas não convencionais está em grande desenvolvimento em todo o mundo.

As medicinas não convencionais existentes no mundo:

Homeopatia, Osteopatia, Quiroprática, Naturopatia, Acupunctura como as mais características e com modelos próprios

Como ramos destas, são exemplos:

Nos EEUU a osteopatia e a quiroprática marcam grande presença, existe dezassete (17) escolas de medicina osteopática e 12 (doze) escolas de quiroprática, com nível de licenciatura.

No Canadá existem duas universidades com licenciatura em osteopatia e, uma escola com licenciatura em quiroprática. A naturopatia é oficial.

Na Africa do Sul, as medicinas não convencionais têm profissionais de saúde reconhecidos e com registo no Serviço Nacional de Saúde.

Este registo temo mesmo valor que o "General Medical Council" (Ordem dos Médicos). Todos os cursos com licenciatura de 6 (seis) anos.(Borges de Sousa,1998)

Nova Zelândia foi das primeiras nações da *Commonwealth* que reconheceu e regulamentou a profissão de osteopatia e quiroprática em 1978. Proíbe a sua prática a quem não esteja inscrito numa lista do Gabinete do Ministério da Saúde.

Na Austrália existem Universidades de Osteopatia e Quiroprática com nível de Licenciatura.

Na China existem vários centros de investigação de Medicina Tradicional Chinesa.

Na Índia o governo suporta financeiramente investigação da medicina Ayurvédica. Apresenta cursos de homeopatia de 5 (cinco) anos que têm reconhecimento pela *Liga Medicorum Homeopathica internationalis*.

No México existe desde a década de 30 as Faculdades Livres de Homeopatia.

No relatório de Lannoye sobre o estudo das medicinas não convencionais aprovado a 6 de Março de 1997 no Parlamento Europeu refere:

“ ...coexistem hoje na União Europeia dois conceitos totalmente opostos. O primeiro considera que só o corpo médico pode prestar cuidados de saúde e tratar doentes, à excepção de algumas profissões autorizadas a praticar certos actos médicos ou paramédicos. Excluindo estes casos específicos, encontramos perante o exercício ilegal de medicina. Esta visão é a que predomina nos países do sul, incluindo a França, Bélgica e Luxemburgo” (pag.10).

Em França foi punido osteopata em 1997, visto que a manipulação é um acto médico [(BMA) cit. por Borges, 1998].

Em Portugal, Espanha e Grécia são toleradas desde que não se intitulem de médicos.

Na Alemanha o naturopata (*Heilpraktiker*) está enquadrado no SNS alemão. Podem exercer a sua actividade legalmente desde 1939 (Natural Therapy Act). Usam vários recursos naturais desde a homeopatia, naturopatia, osteopatia, acupunctura, fitoterapia, hidroterapia, aromaterapia, reflexologia entre outros meios. Têm uma formação própria que é avaliada por um exame de estado, só depois de ser aprovado a esse exame pode exercer. Esta actividade é coberta por Companhias de Seguros.

No Reino Unido e Irlanda devido à denominada *Common Law* qualquer profissional pode exercer as medicinas não convencionais. No entanto tem sido regulamentadas algumas dessas profissões. Existem nesses Países mais de 100 (cem) associações profissionais deste sector. Existem Hospitais britânicos de Homeopatia “The Royal London Homeopathic Hospital” em Londres, “Glasgow Homeopathic Hospital” e o Hospital pediátrico de Glasgow. Existem outros hospitais e clínicas de homeopatia.

Na Dinamarca os profissionais desta área podem exercer a sua profissão (Medical Act), excepto a doentes com infecções ou indicados para cirurgia.

Na Suécia podem exercer estas profissões conforme legislação de 1970.

Na Finlândia a quiroprática é reconhecida.

Nos Países Baixos foi aprovado em Novembro de 1993 uma lei que autoriza qualquer profissional autorizado a tratar doentes. (BIG wet).

Em 6 de Março de 1197 foi aprovado o Estatuto das Medicinas Não Convencionais no Parlamento Europeu, conhecido por "Relatório Lannoye" já referido na tese. Conclui então "aos profissionais...é exigido um nível de qualificação tão elevado quanto possível. Deverá ...pelo menos, ao que se desenvolveu, por exemplo, para a profissão de *Heilpraktiker*"

Em Portugal está em vigor desde Agosto de 2003 a Lei nº 45/2003 que abre o caminho para as terapias não convencionais, dando aos seus profissionais autonomia. É pedido na mesma a criação de comissões para coordenar, implementar, avaliar todo estes profissionais, condições mínimas de exercício, fiscalização e regras a implementar, grau de habilitações mínimas exigidas, etc.

É uma semente que, se bem regada pode desenvolver uma boa árvore, e, com outras árvores do saber e estar, podem produzir uma extensa e bonita floresta.

7. CONCLUSÃO

O cuidar é ser, ser humano e humanizador, é o cuidado que dá a si próprio e ao outro que tem ressonância positiva em mim, sob princípios do amor, da ética, da cooperação, da fraternidade, etc., etc.

“Cuidado humano consiste numa forma de viver, de ser e de se expressar. É uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades e da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida”.(Vera Waldow, 2004)

A mudança para o sistema de valores que o movimento holístico da saúde, o movimento do potencial humano e o movimento ecológico defendem é ainda apoiada por um certo número de movimentos espirituais que reenfazem a busca de um significado e a dimensão espiritual da vida.

A técnica, o tecnicismo e a alta tecnologia, associadas a uma forma de viver moderna, igualmente técnica mas cada vez mais estereotipada, pragmática e menos humana, está apontando para a falácia de mais uma promessa: o nosso século falhou em pôr nos meios de produção ou no extremo desenvolvimento material a chave para a felicidade humana (hoje, tudo isso tem separado cada vez mais o homem do homem, o homem da natureza, e o homem de si mesmo).

Vivemos numa época cuja principal característica está na divisão de tudo: desde a divisão de classes sociais (Hoje em dia ainda mais reforçada no chamado *darwinismo social*), até às divisões na abordagem médica ao ser humano, caracterizado pelo modelo biomédico vigente na assistência à saúde... uma máquina composta por "peças" menores que se conectam de modo preciso. E essa concepção de mundo teve um grande impacto não só na medicina, mas muito mais, pelas suas consequências filosóficas, na Biologia, Psicologia Economia, Filosofia e Política.

A extrema fragmentação das especializações, a *coisificação* da natureza, o ênfase no racionalismo e na fria objetividade e o desvinculamento dos valores humanos superiores, a ideologia do consumismo desenfreado, a confusão entre riqueza material e felicidade, as diversas explorações com fins de se obter qualquer vantagem em cima da exploração de orem e de outros seres vivos, etc. têm sua fundamentação filosófica numa pretensa visão "científica" de um universo mecanicista.

Com respeito à saúde, especialmente à Medicina, o paradigma vigente tem também exercido uma notável influência. Vejamos as especializações das especializações em voga, quase sempre levando os pacientes a se sentirem perdidos e alienados diante da frieza técnica e da ausência freqüente de uma visão global (Holistica) do seu caso.

Os mais visíveis resultados são: o "culto" à figura do médico (com toda a áura externa e mítica a seu respeito, lembrando a figura do xamã), a quem é dada total responsabilidade pela nossa saúde, cabendo aos leigos apenas uma atitude de submissão aos seus doutos conhecimentos.

No entanto a par dos métodos científicos de tratamento têm sobrevivido até aos tempos actuais práticas terapêuticas que re-ligam o ser humano à sua existência "para-científica". As expressões, *cuidar e ecologia*, transportam o Homem para a sua dimensão humana, universal e cósmica no mundo.

Desde os anos oitenta, o pensamento dominante - que vem desde a época do Iluminismo - é novamente enfatizado, o Homem microcosmo do macrocosmo que é o mundo, o universo.

Como já foi referido os meios tradicionais de cura estão em expansão em todo o mundo dito ocidental. Historicamente foi referido das dificuldades em implementar, em atmosfera científica, as abordagens diferentes como terapia; o peso da licenciatura em medicina como passaporte para o uso legítimo de qualquer terapia nem sempre se revelou como certo, muitos médicos têm sido muito criticados por usarem outras abordagens não científicas.

Recorde-se como exemplo que em Portugal, existiu no princípio do século passado (sec. XX) enfermarias de Homeopatia em hospitais portugueses. E o mais relevante é que a Homeopatia foi levada para o Brasil por um português João Vicente Martins (hoje especialidade médica).

O que está a tornar cada vez mais verdadeiro é que a prevenção da doença, também serve para a arte de curar. Em ambos os casos, os terapeutas têm de lidar com o indivíduo como um todo e com sua relação com o meio ambiente físico e social.

Embora a arte de curar ainda seja largamente praticada, dentro e fora da medicina, isso não é explicitamente reconhecido nas instituições médicas. Aliás evita-se as questões filosóficas ou existenciais ou ainda menos, espirituais.

Os factos pesam mais que tudo na medicina objectiva, na visão mais alargada no processo de cura traz duvidas, interrogações ou mesmo negação por, e no principio.

Recordem-se os factos históricos mais longínquos, nos últimos dois séculos, os médicos de formação oficial, quando apresentavam uma nova forma de tratar, primeiro causava um impacto positivo, uns tantos seguidores, mas depois, com o tempo esses pioneiros eram isolados e criticados pelos seus congéneres.

Samuel Hanneman, Lazaeta, Bach, entre outros....

Ainda hoje se apresenta os mesmos discursos e criticas aos “traidores” da cultura médica vigente: em relação às medicinas alternativas no site da Ordem dos Médicos, o Conselho Regional do Norte (CRN) da Ordem dos Médicos de Portugal (em Nov. de 1999) refere: ...o CRN espera da Assembleia da Republica tenha a clarividência necessária para não aprovar a legalização de práticas enganosas, o que seria, no mínimo, ridículo...” reforça com criticas em relação à legislação possível “...já, que a Ordem dos Médicos apenas reconhece a Medicina, como actividade científica, não aceitando a utilização de adjectivos...”

E, no mesmo comunicado delibera, recordando outros episódios históricos, e sob a égide do código deontológico, na alínea "...e) Solicitar ao Conselho Disciplinar Regional que accione os mecanismos disciplinares adequados à punição dos médicos eventualmente envolvidos em práticas não reconhecidas."

É conhecido Licenciados em medicina a exercerem e liderarem associações de áreas negadas e proibidas pela Ordem dos Médicos de Portugal.

Poder-se-ia falar de abertura para seu estudo ou validação parcial ou total de uma das terapias, visto por exemplo, que em França ser uma especialidade reconhecidamente médica emboa na actualidade (2003-2004) em conflito com a medicina convencional sendo resultado a percentagem de comparticipação pelo estado francês ter descido dos 65% para os 35% (desde 1 de Janeiro de 2004); foi criado nesse mesmo ano pelo ministro da saúde francês uma comissão de alta autoridade para a saúde para reconhecer a homeopatia como útil, pois a medicina convencional reclama falta de cientificidade da mesma assim como os estudos dos seus medicamentos serem mais rápidos e sempre feito pelos mesmos laboratórios homeopáticos (Magazine santé Dez 2004).

No Brasil a homeopatia é especialidade médica.

Em Portugal no mesmo documento delibera na alínea "c) recusar qualquer participação...destinado a legalizar práticas enganosas e que colocam em causa a saúde pública."

Quando acontece a situação de exercer uma arte de tratar diferente por terapeuta não médico, o mesmo é acusado de exercício ilegal de medicina sendo punido de forma mais ou menos grave. Kneipp, D.D.Palmer, Indiveri Colluci, etc.são entre tantos bons exemplos.

Mudam-se os tempos e,... e as vontades?

A medicina científica tem relevado muitos problemas na relação com os utentes, na humanidade e humildade relacional, na linguagem, no défice ou negação da espiritualidade... mas, não se pense que estamos com um problema actual;

Já no século II de nossa era, o notável médico Galeno acusa seus colegas de terem esquecido Hipócrates, máximo modelo do bom médico. Galeno acusava-os de:

- a) Serem ignorantes e fechados na sua pseudo-supremacia,
- b) De serem corruptos em sua sede insaciável de dinheiro e
- c) De estarem absurdamente divididos (hoje, divididos em super-especializações). “

Eis o que ele disse a esse respeito: *“Considerando a riqueza mais preciosa que a virtude, e exercendo a arte médica não em benefício do homem, mas por lucro e vaidade, (...) não é possível atingir a real finalidade da medicina”* (citado em História da Filosofia, vol. I, página 362, de Giovanni Reale e Dario Antiseri, ed. Paulos, São Paulo, 1990).

Mas...

A abordagem holística está em expansão a nível mundial, cada vez mais, e também, licenciados em medicina envergam por esta abordagem e estudo. Os enfermeiros há muito que observaram as falhas no sistema biomédico, estão ampliando a sua estar na assistência à saúde, integrando-se nas famílias, abordando holisticamente no processo de doença e o papel preponderante de educação sanitária.

Anthony Campbell refere que a figura do homeopata não médico possui uma tradição própria e uma razão de ser. O Homeopata não médico tem a visão mais alargada, transcendente ao caris científico, à terapia e transcendente do próprio Homem, algo que o medico científico e técnico nega e subtrai. Acrescenta, “possuem o carisma de Iniciado dos antigos mistérios” (Campbell, 1984)

As ondas na revolução à assistência à saúde estão nas “associações de pessoas anónimas descontentes com o sistema de assistência médica existente...” assim como “... promoção de hábitos saudáveis de vida, combinada com o reconhecimento da responsabilidade pessoal pela saúde e do potencial do indivíduo para a auto-cura, um forte interesse pelas artes tradicionais de cura.” (Capra, 1992).

Os Naturopatas, Homeopatas, Acupunctores, Osteopatas e Quiropráticos (não licenciados em medicina) em Portugal estão a qualificar-se para melhores cuidados ecológicos, energéticos, manuais e naturais possam ser prestados de forma a melhorar a saúde dos que os procuram.

Esta “onda” está como já foi referido, está imparável.

4. BIBLIOGRAFIA

- Adriano Oliveira; **Terapêutica Biológica**; Public. Europa-América; 2001
- **Alternative medicine**, Geddes & Grosset,Lda.; 1997
- Anthony Campbell e Robert Hale *The Two Faces of Homeopathy*; 1984.
Londres
- Bessa, M.A.- *Filosofia da Homeopatia: análise das noções de força vital, natureza e homem no pensamento de Hahnemann*". Curitiba: Andre Sapere, 1994.
- Borges de Sousa, Mário Alberto; **Medicinas complementares e o seu desenvolvimento no contexto económico e social**. Tese de Mestrado; Ed. Instituto de Técnicas de Saúde; 1998
- Claudine Brelet-Rueff; **As Medicinas tradicionais sagradas**; Colecção **Esfinge**; **Eições 70**; 1991.
- Deepak Chopra; **O guia das ervas**; Ed. Campus; 2001, 3ª Edição
- Dicionário Lello de Língua Portuguesa (Novo); Lello editores, 1996
- Dicionário etimológico nova fronteira da língua portuguesa; **António Geraldo da Cunha**; 1986; 2ª edição
- Edgar Morin **O problema epistemológico da complexidade**;
- Publicações Europa-América; 1996; Lisboa, 2ª Edição

- Edward Bach; **Cura-te a ti mesmo**; Ed. Pensamento; S. Paulo; 1997
- Eizayaga, M.D. Argentino; MODERNO REPERTORIO DE KENT, EIZAYAGA, EDIC. 1992
- Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005; OMS; 2002
- Francisco Di Base; **O Homem Holístico, a unidade mente-natureza**; Edit. Vozes-Brasil; 1995
- Fritjof Capra; **O ponto de mutação**; ed. Cultrix, Brasil; 1992
- Garcia da Orta, *Colóquios dos Simples e Drogas da Índia*, Edit. Imprensa Nacional-Casa da Moeda, Lisboa, 1891.
- Gonçalves Ferreira; **História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal**; Fundação Calouste Gulbenkian; Lisboa; 1990.
- Humberto Machado; **Medicina homeopática, compêndio**; ed. Hemus; 1995; 4ª edição
- Indiveri Colucci; **Higiene e terapias alimentares e profilaxia das doenças de origem artrítica**; Lisboa; 1980; 15ª edição
- Jacques Le Goff; **As Doenças têm história**; Ed. Terramar; 1997; 2ª edição.
- João R. Nunes e João Novaes; **As Bases e filosofia homeopáticas no organon de Hanhemann**; Ed. Litexa editora, lda, Lisboa-Porto; 2001.
- Leonardo Boff; **Saber Cuidar**; editora vozes, Brasil, 1999
- Louis Kuhne **Cura pela água**; edit. Hemus – Brasil; 1996; 7ª edição (1ª reimpressão)

- Márcio Leal **O cancro, cura-se pelos métodos naturais!**; Edição saúde e cultura; (anos 70?)
- Martius Gutzeit ;**Medicina e Alquimia**; Editora Gente- Brasil; 1999
- Pedro Quiñones; **Historia de la Terapia Natural**, mandala edições, 1992
- **Plantas Tradicionais para uma Cura Natural**; Kosai Matsumoto II;
- **Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review**; Research WHO, 2000 (anexo 4)
- Ramolo Mantovani **A argila, terra curativa**;; edit. Nova editorial natura, 1971; 7ª edição portuguesa.
- Rudolf Steiner e Ita Wegman **Arte de Curar**; Edit. Antroposófica, Lda, São Paulo-Brasil; 2001; 2ª edição.
- Sournia, Jean-Charles; **História da Medicina**; Ed. Instituto Piaget; 1995
- Suzanne e Pierre Déoux; **Ecologia é a saúde**; Inst. Piaget; 1996
- **Terapias complementares e alternativas**; Edideco; 2001
- Thomas McKeown **As origens da doença humana**;; Ed. Caminho; 1990
- Dr. Vasant Lad **Ayurveda, A ciência da autocura**; Editora Ground, Brasil; 1984
- Vera Regina Waldow; **O Cuidado na saúde**; Editora Vozes; 2004
- Walter Hesbeen; **Cuidar no hospital**; Ed.Lusociência; 2000

- Walter Hesbeen; **O cuidar neste mundo**; Ed. Lusociência, 2004

Sites:

- [www. Geocities.com/ medichinesa/textos1.htm](http://www.Geocities.com/medichinesa/textos1.htm) (acupuntura)
- www.saudenainternet.com.br (quiropraxia)
- [www. Quiropraxis.com.br](http://www.Quiropraxis.com.br) (quiropraxia)
- [www. Foa.org.br](http://www.Foa.org.br) (osteopatia)
- www.unl.med.br/download/profplinio.html
- Material informativo foi compilado pelo Prof. Jorge de Moraes Barbosa e revisado pelos Profs. Sandro Kanzler e Marcia Fumiko Enomoto; extraído, traduzido e adaptado do livro: "BASIC THEORY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE" - A PRACTICAL ENGLISH - CHINESE LIBRARY OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE - Publishing House of Shanghai College of Traditional Chinese Medicine - Editor - In - Chief Zhang Enqin. 1990.
- [//pwp.netcabo.pt/naturossofia/naturopatiag.htm](http://pwp.netcabo.pt/naturossofia/naturopatiag.htm)
- <http://www.e-macrobioica.com/> (macrobiótica) (Varatojo)
- <http://www.who.int/> (OMS)
- www.homeopantias.com

5. ANEXOS

ANEXO 1

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

COMISSÃO DE TRABALHO E DOS ASSUNTOS SOCIAIS

Lei de Enquadramento das Terapêuticas Não Convencionais
45/2003
no Diário da República nº193

Capítulo I Objecto e princípios

Artigo 1.º (Objecto)

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

Artigo 2.º (Âmbito de aplicação)

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

Artigo 3.º (Conceitos)

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

2 — Para efeitos de aplicação da presente lei são reconhecidas como terapêuticas não convencionais as praticadas pela acupunctura, homeopatia, osteopatia, naturopatia, fitoterapia e quiropráxia.

Artigo 4.º (Princípios)

São princípios orientadores das terapêuticas não convencionais:

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

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

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

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

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

Capítulo II

Qualificação e estatuto profissional

Artigo 5.º

(Autonomia técnica e deontológica)

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

Artigo 6.º

(Tutela e credenciação profissional)

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

Artigo 7.º

(Formação e certificação de habilitações)

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

Artigo 8.º

(Comissão técnica)

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

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

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

Artigo 9.º

(Funcionamento e composição)

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

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

Artigo 10.º
(Do exercício da actividade)

- 1 — A prática de terapêuticas não convencionais só pode ser exercida, nos termos deste diploma, pelos profissionais detentores das habilitações legalmente exigidas e devidamente credenciados para o seu exercício.
- 2 — Os profissionais que exercem as terapêuticas não convencionais estão obrigados a manter um registo individualizado de cada utilizador.
- 3 — O registo previsto no número anterior deve ser organizado e mantido de forma a respeitar, nos termos da lei, as normas relativas à protecção dos dados pessoais.
- 4 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais devem obedecer ao princípio da responsabilidade no âmbito da sua competência e, considerando a sua autonomia na capacidade de diagnóstico e instituição da respectiva terapêutica, ficam obrigados a prestar informação, sempre que as circunstâncias o justifiquem, acerca do prognóstico e duração do tratamento.

Artigo 11.º
(Locais de prestação de cuidados de saúde)

- 1 — As instalações e outros locais onde sejam prestados cuidados na área das terapêuticas não convencionais só podem funcionar sob a responsabilidade de profissionais devidamente certificados.
- 2 — Nestes locais será afixada a informação onde conste a identificação dos profissionais que neles exerçam actividade e os preços praticados.
- 3 — As condições de funcionamento e licenciamento dos locais onde se exercem as terapêuticas não convencionais regem-se de acordo com o estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, que regula o licenciamento das unidades privadas de saúde, com as devidas adaptações.

Artigo 12.º
(Seguro obrigatório)

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

Capítulo III
Dos utentes

Artigo 13.º
(Direito de opção e de informação e consentimento)

- 1 — Os cidadãos têm direito a escolher livremente as terapêuticas que entenderem.
- 2 — Os profissionais das terapêuticas não convencionais só podem praticar actos com o consentimento informado do utilizador.

Artigo 14.º
(Confidencialidade)

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

Artigo 15.º
(Direito de queixa)

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

Artigo 16.º
(Publicidade)

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

Capítulo IV
Fiscalização e infracções

Artigo 17.º
(Fiscalização e sanções)

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

Artigo 18.º
(Infracções)

Aos profissionais abrangidos por este diploma 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.

Capítulo V
Disposições finais

Artigo 19.º
(Regulamentação)

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

Artigo 20.º
(Entrada em vigor)

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

22 de Agosto de 2003

ANEXO 2

UNCONVENTIONAL MEDICINE AND THE EUROPEAN PARLIAMENT

Paul Lannoye
European deputy

On 29 May 1997, the European Parliament voted with a narrow majority of the members present (152 in favour, 125 against and 28 abstentions) the report of the commission for environment and health on the status of unconventional medicine within the European Union. This vote was the culmination of a several year long process, started upon my initiative with the backing of a few colleagues, the objective being of setting up a European legislation granting a legal status to unconventional medical disciplines and securing the free circulation of therapists within the Union of the 15 member States of the European Union.

The final result is far from being up to the standard of this objective; the weight of the medical lobby has indeed been sufficient to greatly restrict the political stand of the parliament.

Recently, an amendment lodged by Spanish, French and Belgium socialist deputies, removing from the text of the resolution any request related to a community legislation was adopted just in time. This amendment, backed by the most conservative edge of the assembly, was in fact the final expression of the strategy of obstruction used by the medical field to prevent changes.

In this respect, it is interesting to note that out of the 22 physician members of parliament none of them voted in favour of the paragraph 1 of the resolution asking the European Commission to "engage in a process of recognition of unconventional medicine". It must be known that indeed the European treaty gives the Commission (a sort of European government operating jointly and permanently with the Council of ministers) the monopoly of initiative in matters of legislation, the parliament acting, simultaneously with the Council of ministers, only in reaction to the texts proposed by means of amendments.

The interest of a resolution voted upon the initiative of the parliament, as in the case of unconventional medicine, lies therefore in the fact that it constitutes a political signal and an invitation to act within the framework of the Commission.

Today, everything pleads in favour of an ambitious initiative on the European level, the present situation being anyway legally unbearable and politically unstable with regard to the public opinion and the advancement of the European Union.

An inconsistent community legislation

In matters of health care, two totally opposite concepts co-exist today within the European Union. The first one considers that only the medical profession (physicians) may exercise health care, treat patients, with the exception of certain professions which are permitted to carry out specific medical or paramedical acts, either under their own responsibility, or under the one of a physician (nurses, dentists, physical therapists, midwives, pharmacists). Apart from these specific cases, there is illegal medical practice.

1 However, Belgium, under the impetus of the former minister of Health, changed its attitude recently

This vision is the one which imposed itself in southern countries, including France, Belgium (1) and Luxembourg.

This being said, the *de facto* existence of the practice of unconventional medical disciplines in these same countries, as well as the increasing request from patients, led to certain tolerances, even certain variable-geometry openings:

- • in Spain, the decree of 12 April 1992 authorises the settlement in the national territory of foreign centres to provide training at the university level with the possibility of official recognition of the diplomas;
- • in France, acupuncture has been recognised by the Academy of medicine since 1950 and can be practised legally by medical doctors; moreover, homeopathic medications are refunded by the social security as medical prescriptions.

The second one, dominant in the northern European countries, but more specifically in the Netherlands, Great Britain, Ireland (2) and Scandinavian countries, has the reverse approach: any person so wishing may practise health care but certain acts are strictly reserved to physicians who, moreover, have the authority and are a reference in the organisation of medical attendance and health policies.

Thus, in the United Kingdom and in Ireland, further to customary law, any non-qualified person, i.e. who is not a physician, may practise a therapy as long as he/she does not claim the title of doctor in medicine. However, this situation, positive inasmuch as there is no policy of repression and patients enjoy complete freedom as to the choice of their therapist, has nevertheless the huge drawback, in the absence of legal recognition of training and titles, to protect neither the serious and competent physicians nor the patients faced with poorly qualified people or possible quack healers. This default has been remedied in the United Kingdom since 1993 for osteopaths and since 1994 for chiropractors: the "Osteopaths Act" and the "Chiropractors Act" provide the registration of practitioners, the set up of a Council and a protection of the title.

In the Netherlands, a law related to the Professions of the individual health Care Sector (BIG wet= Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) was adopted in November 1993. In principle, it authorises medical practice to anyone. However, the law enumerates reserved acts, i.e. carried out only by authorised practitioners. Moreover, the law includes a criminal provision to the freedom of medical practice: to harm the health of an individual is punishable with a penalty. The law declares namely that "many persons have had for a long time the feeling that the prohibition of illegal medical practice is an anachronistic situation. Patients who are of age must be able to turn to regular or alternative medicine and select the therapist from whom they expect the most positive result. This freedom should be restricted only in the patient's interest".

2 and, more restrictedly, in Germany.

In Germany, the freedom of treatment has existed since 1873 and the profession of Heilpraktiker (health practitioner) has been recognised since 1939; even if no specific training is required, an examination of basic medical knowledge is requested, as well as the registration within the registry of the profession (1). Moreover, both homeopathic and anthroposophic medications are included into the national pharmacopoeia (with a specific commission created in 1978 where representatives of the discipline concerned hold their sessions).

Finally, in Denmark and in Sweden, non-physicians and paramedics may practise unconventional medicine within certain limits fixed by the respective laws of 14 May 1970 and n° 409 of 1960. Besides, chiropraxis is legally recognised as a profession of health care in Denmark (law n° 415 of 06.06.1991), in Sweden (law n° 1988/89:96) and in Finland.

Very recently (April 1999), Belgium adopted a new legislation, broadly inspired from the EP report, which turns out to be the most advanced in Europe today, recognising and regulating unconventional practices in the fields of homeopathy, acupuncture, osteopathy and chiropraxis.

This diversity of national approaches and legislations is not easily compatible with the free circulation of European citizens initiated by the Treaty and which, sooner or later, must be achieved in full.

Indeed, the European treaty provides explicitly in its Articles 52 to 66 (section III) the freedom of circulation and the freedom of settlement for practitioners.

How to justify that a health practitioner, officially recognised in a member State, may be taken to court for illegal medical practice in another one? How to justify that patients resorting to an unconventional therapy should see themselves deprived from the treatment they chose when staying in a neighbouring country? There is a strong discrepancy harming both the interest of serious and competent practitioners and the one of patients.

Besides, it is just as inconsistent to note that a specific community legislation has existed since 1992 for homeopathic medications while homeopathy is not recognised as a full medical discipline.

A continuously growing request.

Today, the various enquiries carried out in the European Union show an increasing interest of the population in different therapies called alternative or additional therapies: according to the country, 20 to 50% of people resort to them. Curiously enough, this craze is not slowed down by the status of unlawfulness they have in certain member States. Contrary to what some of them allege, the risk for patients is much higher in a regime of unlawfulness since there is no legal protection, neither of the title claimed by a practitioner, nor a legal guarantee of his competencies, leaving the door open to possible quack healers. Similarly, qualified and serious practitioners are permanently insecure faced with unfair competition from people with little or no qualification since all of them are outlaws...

1 The Heilpraktiker may, if he holds an approval (Erlaubnis) practise unconventional disciplines.

Therefore, to legislate would mean to minimise the risk.

The argument which is often put forward according to which therapies involved are not sufficiently tested and therefore threaten the health of patients is not valid. On the one hand, none of these therapies, if they are applied correctly, involve any important risk, which is not the case for allopathy; on the other hand, one cannot see why the experience gained in the most liberal countries should not benefit everyone.

The method consisting in looking into the various neighbouring countries is fundamental; if a therapy is recognised under one form or another (marketing of medications, teaching organisation, recognition of the title and practice) in a member State of the Union or in a country having scientific means of modern investigation, it should be granted at least a favourable presumption.

It must be noted that a petition requesting the adoption of a community legislation based upon the principle of free therapeutic choice and sent to the president of the European parliament collected over 230.000 signatures, essentially from the most repressive countries, i.e. France, Belgium, Italy and Spain.

It is obvious that it will be increasingly difficult to remain deaf to such a demand and to go on listening to a medical establishment insisting on its prerogatives and on certainties denied every day by facts.

The EP's report

The strong points of the report submitted to the European parliament were as follows:

1. 1. The European Union must take the path of a legal recognition of the various unconventional disciplines most often used from the European standpoint;
2. 2. No judgement is given on the validity of therapies but there is a favourable presumption for the ones benefiting from some form of legal recognition in one member State or the other and/or widely used on the international level;
3. 3. The priority concern of ensuring the quality of the care implies:
 - • high level training;
 - • the recognition of a status for practitioners (protection of the title);
 - • the inclusion of medications into the European pharmacopoeia;
 - • a process of adaptation for presently non-recognised practitioners;
 - • a clear definition of the field of competence of each of them;
 - • the progressive inclusion of the various disciplines within the social security system (a green book should propose a reform in-depth).

4. 4. The recognition process is very important; it implies the set up:
- A. of a round-table commission in charge of evaluating the efficacy of unconventional therapeutic methods;
 - B. of a commission of evaluation including, for each member State, qualified practitioners of unconventional medical disciplines, scientists, representatives of pharmaceutical producers and herbalists, associations of consumers and associations of users of unconventional medical disciplines competent in the field, as well as representatives of the Commission; this commission gives its agreement on quality criteria, as well as norms of efficiency and innocuity upon which the monographs published in the supplement of European pharmacopoeia will be based;
 - C. of a commission of equivalence including qualified practitioners and teachers of the concerned unconventional medical disciplines, in which each member State would be represented, and in charge of studying, case by case, the situation of presently active persons and their diplomas as well as their possible progress so that they may accede to the same status.

Follow-up and perspectives for the future

The vote of 29 May 1997 was disappointing inasmuch as most of the concrete proposals set out here-above were rejected; nevertheless, it is true that a certain number of accomplishments are indisputable.

Indeed, the European parliament took a clear stand:

- - on the fact that different approaches in health matters should not be considered as being mutually exclusive;
- - in favour of a complete freedom of the physicians' therapeutic choice; any physician must be able to use all his resources and knowledge to treat and resort to the therapy of his choice;
- - on the fact that the "freedom of establishment of practitioners is not being respected"; the parliament asserts that there is no question of restricting practitioners' rights presently recognised in a member State in the name of a European harmonisation;
- - each discipline should be able to organise the profession from the European standpoint (code of ethics, registration and training criteria).

Practically, all the principles at the basis of a process of recognition, the way they were proposed, have been adopted.

However, as explained above, concrete proposals made to the Commission and the Council turn out to be limited.

Indeed, the European parliament

- 1) 1) calls upon the Commission, if the results of the study enable it, to launch a process of recognition of unconventional medicine and to take the necessary steps to encourage the set up of appropriate commissions;
- 2) 2) calls upon the Commission to carry out a complete study on the security, efficiency, field of application and complementary or alternative character of unconventional medicine and set up a comparison of the national legislations to which practitioners are submitted.
- 3) 3) asks the Council to encourage the development of research programmes in the field of unconventional medicine, taking into account the individual and holistic approach, the preventive role and the specific characteristics of each type of medicine and undertakes to do the same.

What to think two years later? The publication of the works done within the framework of the programme COST B4 has essentially met the requirements of the parliament in 2) above. Moreover, further to the parliament's favourable vote, item 3) at least in the intention, has been integrated into the 5th outline programme (1998-2002) of European Research and Development, which opens a considerable gap inside a wall of objection which has turned out to be indestructible for the past 15 years.

Now the Commission must set up what seems to me unavoidable, i.e. round-table commissions related to each unconventional medicine and in charge of defining both the pertinent methods of evaluation, the scope of responsibility and the reserved practices.

In this respect, the experience gained in a certain number of member States (especially in the United Kingdom) should enable to gain time and to concur in raising objections which rest more upon a lack of knowledge of unconventional disciplines and their specificity than upon a rational argumentation.

ANEXO 3



Organización
Mundial
de la Salud
Ginebra

Estrategia
de la OMS
sobre medicina
tradicional
2002-2005



© Organización Mundial de la Salud 2002

Este documento no es una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización se reserva todos los derechos. Sin embargo, el documento puede revisarse, resumirse, citarse, reproducirse o traducirse, en parte o en su totalidad, pero no puede venderse ni utilizarse con fines comerciales.

Los puntos de vista expresados por los autores de este documento, son responsabilidad de los mismos.

Las designaciones empleadas y la presentación de material en mapas incluidos en este documento no significan la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud acerca del estado legal de cualquier país, territorio, ciudad o área de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas representan las líneas fronterizas aproximadas que puede que todavía no estén totalmente acordadas.

Diseño y disposición Renata Kerr Design

Estrategia
de la OMS
sobre medicina
tradicional
2002-2005



Organización
Mundial
de la Salud
Ginebra



Ésta es la primera estrategia global sobre medicina tradicional de la OMS, la cual se ha realizado tras amplias consultas. Sin embargo, dada la diversidad regional en el uso y función de la medicina tradicional, incluyendo la medicina complementaria y alternativa, es posible que sean necesarias algunas modificaciones a fin de tener en cuenta las variaciones regionales. Asimismo, debe tenerse en cuenta que existen dificultades a la hora de definir la terminología precisa para describir sus terapias y productos. La validez de los datos asociados es también problemática. Las metodologías utilizadas para la recogida de datos no son comparables y los parámetros no están claramente determinados. El equipo de medicina tradicional de la Sede Central de la OMS, tendrá mucho gusto en recibir cualquier comentario sobre los datos comprendidos en esta estrategia. Deberán enviarse al Dr. Xiaorui Zhang, Acting Team Coordinator, Traditional Medicine, Department of Essential Drugs and Medicines Policy, World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Suiza o enviarse por correo electrónico a: zhangx@who.int

Índice

Agradecimientos	v
Siglas, abreviaturas y regiones OMS	vii
Puntos clave: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005	1
¿Qué es la medicina tradicional?	1
Amplitud y uso creciente	1
¿Por qué un uso tan amplio?	2
Entusiasmo no crítico frente a escepticismo no informado	2
Retos para el desarrollo del potencial de la MT/MCA	3
El papel actual de la OMS	5
Marco de trabajo para actuar	5
Implantación de la estrategia	6
1. Perspectiva global	7
1.1 ¿Qué es la medicina tradicional? Hacia una definición práctica	7
1.2 Amplio uso y atractivo	9
1.3 Gasto	12
1.4 Contabilidad de uso y aumento del interés	13
1.5 Reacción ante la popularidad de la MT/MCA	15
2. Retos	21
2.1 ¿Qué se necesita hacer?	22
2.2 Políticas nacionales y marco de trabajo legal	22
2.3 Seguridad, eficacia y calidad	23
2.4 Acceso	27
2.5 Uso racional	28

3. El papel actual de la OMS	31
3.1 Desarrollo de la MT/MCA e integración en los sistemas de salud nacionales.....	31
3.2 Asegurar un uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional	33
3.3 Aumento del acceso a información sobre la MT/MCA	35
4. Recursos internacionales y nacionales para la medicina tradicional	39
4.1 Agencias de la ONU	39
4.2 Organizaciones internacionales	41
4.3 Organizaciones no gubernamentales	43
4.4 Asociaciones profesionales internacionales	44
4.5 Asociaciones profesionales internacionales y nacionales	45
4.6 Iniciativas específicas	45
5. Estrategia y plan de acción 2002–2005	47
5.1 Política: Integrando la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, mediante el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales sobre MT/MCA	49
5.2 Seguridad, eficacia y calidad: Promoviendo la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA ampliando los conocimientos básicos sobre la MT/MCA y ofreciendo orientación sobre las pautas legislativas y de calidad	50
5.3 Acceso: Aumentando la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, enfaticando el acceso de las poblaciones más pobres	51
5.4 Uso racional: Promocionando el uso terapéuticamente sólido de la MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores	52
Anexo 1: Lista de centros de medicina tradicional que colaboran con la OMS	53
Anexo 2: Publicaciones y documentos seleccionados de la OMS sobre medicina tradicional	55
Política nacional y supervisión	55
Calidad, seguridad y eficacia	56
Uso racional	57
Centros de Medicina tradicional que colaboran con la OMS	58
Referencias.....	59
Índice	63

Agradecimientos

E

sta estrategia ha sido desarrollada por la Sede Central de la OMS y por el personal de las oficinas regionales e la OMS que trabajan en el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica, en colaboración con el personal de otros programas de la OMS, además de asociados clave de desarrollo. Posteriormente, se concretó con representantes de los Estados Miembro, la gran familia de la ONU, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones internacionales, Centros colaboradores con la OMS sobre medicina tradicional y comités expertos de la OMS.

Comprende trabajos por país, región, inter-regionales y globales y se ha afianzado a partir de los debates celebrados durante la consulta sobre metodologías para la investigación y valoración de la medicina tradicional de la OMS (11–14 de abril de 2000) a la que acudieron expertos en medicina tradicional además del personal de la sede central y sedes regionales de la OMS que han trabajado en medicina tradicional. A la reunión le siguieron una serie de conferencias entre las sedes central y regionales de la OMS, además de conferencias con Estados Miembro y socios de la ONU, a fin de revisar los borradores de la *estrategia de la OMS sobre medicinas tradicionales 2002–2005*.

La OMS agradece la participación y los comentarios constructivos recibidos de los miembros de la amplia familia de medicinas globales, entre los que se incluyen:

Estados Miembro: Alemania (K. Keller), Armenia (H. Gabrielyan), Australia (G. Morrison),

Bélgica (J. Laruelle), Canadá (Y. Bergevin, P. Chan), China (M. Chan, T. Leung, L. Peilong), Dinamarca (P. Rockhold), Estados Unidos (B. Clay, L. Vogel), Ghana (E. Mensah), Holanda (M. ten Ham), India (S. Chandra), Indonesia (K. Ritiasa), Irán (M. Cheraghali), Italia (P. Procacci), Japón (A. Yokomaku), Nigeria (T. Fakeye), Noruega (O. Christiansen, E. Salvesen), Pakistán (I. Chowdhary), Reino Unido (J. Lambert), República de Corea (H. W. Han), Suecia (A. Nordström), Tailandia (M.N. Songkhla), Vietnam (L. Van Truyen), Zimbabwe (L. Matondo).

Otras agencias de la ONU y agencias multilaterales: Comisión Europea (L. Fransen), ONUSIDA (J. Perriens), PNUD (M. Bali), UNESCO (M-F. Roudil), OMPI (S. Bhatti), Banco Mundial (R. Govindaraj).

Organizaciones y fundaciones no gubernamentales: Fundación Ford (V. Davis Floyd), Organización Islámica para las Ciencias Médicas (A. Awady), Fundación John D. y Catherine T. MacArthur (D. Martin), Fundación Rockefeller (A. So), WSMI (H. Cranz, J. Reinstein), Fundación Li Ka Shing (K. Lo).

Centros de medicina tradicional que colaboran con la OMS: Centro Nacional de Medicinas Complementarias y Alternativas, Bethesda (N. Hazleton), Universidad de Illinois en Chicago, Chicago (N. Farnsworth).

Comités y juntas de expertos de la OMS: F. Takaku, D. Jamison.

Sedes regionales de la OMS: AFRO (O. Kasilo, E. Samba), AMRO/PAHO (G. Alleyne, C. Borrás, R. D'Alessio, S. Land, D. López-Acuña, J. C. Silva),

EMRO (H. Gezairy, P. Graaff, A. Salih), EURO (M. Danzon, K. De Joncheere), SEARO (P. Abeykoon, U. M. Rafei, K. Shein), WPRO (K. Chen, S. Omi).

Sede central de la OMS (Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica): G. Baghdadi, A. Creese,

J. Graham, H. Hogerzeil, Y. Maruyama, J. Quick, L. Ragö, J. Sawyer, G. Velásquez, D. Whitney, X. Zhang.

Sede central de la OMS (otros programas):

O.B.R. Adams (EIP/OSD), A.D.A.S. Alwan (NMH/MNC), A. Asamoah-Baah (EGB), R. Bengoa (NMH/CCH), J. Cai (WKC), J. Frenk (EIP),

D. Heymann (CDS), Y. Kawaguchi (WKC), B. Kean (EGB/ECP), A. Kern (GMG), M. T. Mbitvo (FCH/RHR), A. Mboi (FCH/WMH), D. Nabarro (DGO), B. Saraceno (NMH/MSD), Y. Suzuki (HTP), D. Tarantola (Asesor Superior de Política), T. Türmen (FCH), E. M. Wallstam (SDE/HSD), D. Yach (NMH).

T. Falkenberg, J. Sawyer y X. Zhang elaboraron el borrador de la estrategia y J. Graham, J.D. Quick, J. Sawyer, P. Thorpe, D. Whitney y X. Zhang llevaron a cabo la revisión y la edición. V.A. Lee e Y. Maruyama proporcionaron apoyo secretarial.

Siglas, abreviaturas y regiones OMS

AEEM	Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos
AFRO	Oficina Regional de la OMS para África (véase a continuación Estados Miembro)
AMRO/PAHO	Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (véase a continuación Estados Miembro)
CDS	Grupo de enfermedades comunicables
DGO	Oficina del Director General
EGB	Grupo de Relaciones Externas y Juntas de Gobierno
EGB/DCP	Grupo de Relaciones Externas y Juntas de Gobierno/Departamento de Cooperación y Asociación Externa
EIP	Evidencia e Información para el Grupo de Política
EIP/OSD	Evidencia e Información para el Grupo de Política/Departamento de Organización para el Aporte de Servicios Sanitarios
EMRO	Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Este (véase a continuación Estados Miembro)
EURO	Oficina Regional de la OMS para Europa (véase a continuación Estados Miembro)
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FCH	Grupo de Salud Familiar y Comunitaria
FCH/RHR	Grupo de Salud Familiar y Comunitaria/Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
FCH/WMH	Grupo de Salud Familiar y Comunitaria/Departamento de Salud para la Mujer
GMG	Grupo Directivo General
HTP	Grupo de Tecnología Sanitaria y Farmacéutica
MA	Medicina alopática
MCA	Medicina complementaria y alternativa
MT	Medicina tradicional
MTC	Medicina tradicional china
NCCAM	Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (EE UU)
NMH	Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental
NMH/CCH	Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental/Departamento de sanidad
NMH/MNC	Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental/Departamento de gestión de enfermedades no comunicables
NMH/MSD	Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental/Departamento de salud mental y dependencia de sustancias
OMPI	Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental

ONU	Naciones Unidas
ONUUDI	Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial
ONUSIDA	Programa de las Naciones Unidas contra VIH/SIDA
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RHR/TSC	Departamento de salud reproductiva e investigación/Apoyo técnico a países (parte del Grupo de salud familiar y comunitaria)
SDE/HSD	Grupo de desarrollo sostenible y entornos sanitarios/Departamento de sanidad en desarrollo sostenible
SEARO	Oficina regional de la OMS para el Sudeste asiático(véase a continuación estados miembro)
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida
WKC	Centro de las OMS para el Desarrollo Sanitario (Kobe, Japón)
WPRO	Oficina regional de la OMS para el Pacífico Occidental (véase a continuación estados miembro)
WSMI	Industria Mundial de la Automedicación

Estados Miembro africanos de la OMS: Angola, Argelia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Comoros, Congo, Costa de Marfil, Chad, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Kenia, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Central Africana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.

Estados Miembro de las Américas de la OMS: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, Jamaica, Lucía, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Granadinas, Santa , Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

Estados Miembro del Mediterráneo Este de la OMS: Afganistán, Arabia Saudí, Bahrein, Chipre, Djibuti, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irak, Jamahiriya Árabe de Libia, Jordania, Kuwait, Libano, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe de Siria, República Islámica de Irán, Somalia, Sudán, Túnez, Yemen.

Estados Miembro europeos de la OMS: Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijón, Bélgica, Bielorrusia, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, la Ex República Yugoslava de Macedonia, Federación Rusa, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazakhstán, Kirgizstán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República de Moldavia, Rumania, San Marino, Suecia, Suiza, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uzbekistán, Yugoslavia.

Estados Miembro del sudeste asiático de la OMS: Bangladesh, Bután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia.

Estados Miembro del pacífico occidental de la OMS: Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Solomon, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia, Mongolia, Nauru, Niue, Nueva Zelanda, Palau, Papua Nueva Guinea, República de Corea, República Popular Democrática de Laos, Samoa, Singapur, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.

Puntos clave: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005

La medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. El uso de la medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo, mientras que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados. En muchos lugares del mundo, los responsables de las políticas, los profesionales sanitarios y el público se debate con preguntas sobre la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad, la preservación y con el desarrollo de este tipo de atención sanitaria.

Por lo tanto, es oportuno que la OMS defina su papel en la MT/MCA, desarrollando una estrategia ideada para tratar los temas asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional de la medicina tradicional, complementaria y alternativa.

¿Qué es la medicina tradicional?

"La medicina tradicional" es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la

medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas^a, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina "complementaria", "alternativa" o "no convencional"^b.



Amplitud y uso creciente

La MT se utiliza ampliamente y es un sistema sanitario que está creciendo rápidamente y de gran importancia económica. En África hasta un 80% de la población utiliza la MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias. En Asia y en Latinoamérica, las poblaciones siguen utilizando la MT como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. En China, la MT contabiliza alrededor de un 40% de la atención sanitaria.

^a Las medicinas con base de hierbas incluyen hierbas, materiales elaborados con hierbas, preparados con base de hierbas y productos acabados a base de hierbas, que contienen ingredientes activos de plantas u otros materiales de plantas o combinaciones de las mismas.

^b De acuerdo con este documento, la "medicina tradicional" se utiliza cuando se hace referencia a África, Latinoamérica, Sudeste asiático y/o el Pacífico occidental, donde quiera que se utilice la "medicina complementaria y alternativa" cuando se hace referencia a Europa y/o Norteamérica (y Australia). Cuando se hace referencia en un sentido general a todas esas regiones, se utiliza en general MT/MCA.

Mientras tanto, en muchos países desarrollados, la MCA se está haciendo cada vez más popular. El porcentaje de población que utiliza la MCA al menos una vez es de un 48% en Australia, un 70% en Canadá, un 42% en EE UU, un 38% en Bélgica y un 75% en Francia.

En muchos lugares del mundo el gasto en MT/MCA no es sólo importante, sino que está creciendo rápidamente. En Malasia, se estima se gastan anualmente 500 millones de dólares estadounidenses en este tipo de cuidado de la salud, comparado con unos 300 millones de dólares estadounidenses en medicina alopática. En EE UU, el gasto total en 1997 en MCA se estima fue de 2700 millones de dólares estadounidenses. En Australia, Canadá y el Reino Unido el gasto anual en MCA se estima en 80 millones, 2400 millones y 2300 millones de dólares estadounidenses respectivamente.

¿Por qué un uso tan amplio?

Accesible y asequible en los países en vías de desarrollo

En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad. En Uganda, por ejemplo, la proporción de personas que practican la MT^c frente a la población es de 1:200 y 1:499. Esto contrasta drásticamente con la disponibilidad de personas que practican la medicina alopática, para la cual la proporción es de 1:20.000 o menos. Incluso la distribución de dicho personal es desigual, la mayor parte se

encuentran en ciudades u otras zonas urbanas y por lo tanto es difícil que las poblaciones rurales tengan acceso.

La MT es a veces la única fuente asequible de atención sanitaria, especialmente para los pacientes más pobres del mundo. En Ghana, Kenia y Mali, la investigación

^c A las personas que practican la MT se les conoce por lo general como sanadores tradicionales, colocador de huesos, herbolarios, etc. Las personas que practican la MT incluyen tanto practicantes de MT y profesionales de medicina alopática como a médicos, dentistas y enfermeras que proporcionan terapias de MT/MCA a sus pacientes – es decir, doctores médicos también utilizan la acupuntura para tratar a sus pacientes.

ha demostrado que una serie de medicamentos antimaláricos de pirimetamina/sulfadoxina puede costar mucho dinero. El gasto sanitario per capita en Ghana y Kenia contabiliza tan sólo 6 dólares estadounidenses al año. Por el contrario, la medicina con hierbas para el tratamiento de la malaria es considerablemente más barato y muchas veces incluso se paga en especias y/o de acuerdo con la "riqueza" del cliente.

La MT es también muy popular en muchos países en vías de desarrollo puesto que está firmemente arraigada en los sistemas de creencias.

Un enfoque alternativo a la sanidad en los países desarrollados

En muchos países desarrollados el popular uso de la MCA está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria.

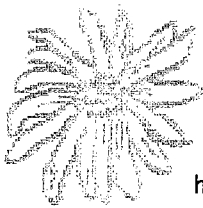
Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales. Para muchos pacientes, la MCA parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática.

Entusiasmo no crítico frente a escepticismo no informado

Muchos proveedores de MT/MCA buscan un reconocimiento y apoyo continuo – o mayor – en su campo. Al mismo tiempo muchos profesionales de la medicina alopática, incluso aquellos en países con un fuerte historial de MT, expresan grandes reservas y a menudo serias incredulidades sobre los

pretendidos beneficios de la MT/MCA. Los legisladores se debaten con preguntas asociados con la seguridad y la eficacia de las medicinas tradicionales de hierbas, mientras que muchos grupos industriales y consumidores se resisten a cualquier desarrollo de la política sanitaria que pudiera limitar el acceso a las terapias de MT/MCA. Informes de poderosos efectos inmunoestimulantes para algunas medicinas tradicionales hacen subir las esperanzas entre personas infectadas con VIH, pero a otros les preocupa que el uso de dichas "curas" confunda a las personas que viven con VIH/SIDA y demore el tratamiento con terapias "demostradas".

Por lo que junto con el cada vez mayor uso de la MT/MCA, también está aumentando la demanda para producir evidencias sobre la seguridad, la eficacia y la calidad de los productos y las prácticas de la MT/MCA. Curiosamente, gran parte de la literatura científica de la MT/MCA utiliza metodologías comparables a las utilizadas para respaldar muchos procedimientos quirúrgicos modernos: informes de casos individuales y series de pacientes, sin grupo de control o de comparación. No obstante, la evidencia científica de



los ensayos clínicos
aleatorios es muy fuerte
para muchos casos de
acupuntura, para
algunas medicinas con
hierbas y para algunas de
las terapias manuales.

En general, sin embargo, el cada vez mayor uso de la MT/MCA no está acompañado por un aumento en la cantidad, la calidad y la accesibilidad de la evidencia clínica para respaldar las afirmaciones de la MT/MCA.

Retos para el desarrollo del potencial de la MT/MCA

A fin de maximizar el potencial de la MT/MCA como fuente de cuidado de la salud, primero deben afrontarse una serie de temas. Éstos están asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional.

Política: bases de acción sólida en la MT/MCA

En términos relativos, son pocos los países que han desarrollado una política sobre MT y/o MCA, sólo 25 de los 191 estados miembro de la OMS. Aún así, dicha política ofrece una base sólida para definir el papel de la MT/MCA en el aporte sanitario nacional, asegurando que se crean los mecanismos normativos y legales necesarios para promover y mantener una buena práctica, que el acceso sea equitativo, y se asegure la autenticidad, la seguridad y la eficacia de las terapias. También puede ayudar a asegurar una provisión suficiente de recursos económicos para la investigación, educación y formación.

En hecho, muchos países desarrollados se están dando cuenta que los temas sobre MCA relacionados con la seguridad y la calidad, licencias de proveedores y pautas de formación, y prioridades para la investigación, pueden afrontarse mejor dentro de un marco de trabajo de política nacional. La necesidad de una política nacional es bastante urgente, sin embargo, en aquellos países en vías de desarrollo donde la MT no se ha integrado todavía en el sistema sanitario nacional, incluso cuando gran parte de su población depende de la MT para la sanidad.

Un número cada vez mayor de políticas nacionales tendrá el beneficio añadido de facilitar trabajo sobre temas globales tales como el desarrollo e implantación de normas y pautas internacionalmente aceptados para la investigación sobre la seguridad y la eficacia de la MT/MCA, el uso sostenible de plantas medicinales y la protección y uso equitativo de los conocimientos sobre medicina indígena y tradicional.

Seguridad, eficacia y calidad: crucial para la divulgación de la MT/MC

Las prácticas de la MT/MCA se han desarrollado dentro de diferentes culturas en distintas regiones. Por lo que no se ha dado un desarrollo paralelo de pautas y métodos, tanto nacionales como internacionales, para valorarlos.

La valoración de los productos de la MT/MCA es asimismo un tema problemático. Esto es especialmente cierto en el caso de las medicinas con base de hierbas, donde la eficacia y la calidad de las mismas puede verse influenciada por numerosos factores. No es de sorprender por tanto, que la investigación sobre la MT/MCA ha sido inadecuada, dando como resultado una opacidad en los datos y un desarrollo inadecuado de la metodología. Esto a su vez ha ralentizado el desarrollo de normativas y legislaciones para la MT/MCA.

Los sistemas nacionales de inspección para controlar y valorar los efectos adversos son también raros. Por ello, a pesar de que aunque muchas terapias de MT/MCA tienen un potencial prometedor y se utilizan cada vez con más frecuencia, muchas de ellas no están probadas y su uso no está controlado. Como resultado, los conocimientos sobre los posibles efectos secundarios son limitados. Esto hace que la identificación de las terapias más seguras y eficaces y la promoción de su uso racional sea más difícil. Si la MT/MCA ha de promoverse como una fuente sanitaria, es esencial realizar todo esfuerzo posible por fomentar su uso racional e identificar las terapias más seguras y eficaces.

Acceso: hacer que la MT/MCA esté disponible y asequible

Aunque existe evidencia de que muchas poblaciones en países en vías de desarrollo dependen en gran medida de la MT a fin de satisfacer sus necesidades sanitarias, faltan datos precisos. Es necesario llevar a cabo investigaciones cuantitativas para determinar los niveles de acceso existentes (tanto económicos como geográficos), además de para clarificar las limitaciones para la ampliación de dicho acceso. El enfoque debe centrarse en los tratamientos de aquellas enfermedades que suponen la principal carga para las poblaciones más pobres.

Además, si el acceso ha de incrementarse de manera sustancial, debe protegerse la base natural del recurso del que dependen determinados productos y terapias. Las materias

primas de las medicinas con base de hierbas, por ejemplo, con frecuencia experimentan una recogida excesiva de las poblaciones de plantas silvestres.

Otro reto importante concierne a la propiedad intelectual y a los derechos de patente. Las ventajas económicas que pueden derivarse de la aplicación a gran escala de los conocimientos sobre MT pueden ser sustanciales. Todavía no se han resuelto preguntas sobre la forma más adecuada de repartir mejor los beneficios entre los innovadores y los poseedores de los conocimientos sobre la MT.

Uso racional: asegurar la conveniencia y la costo-efectividad

El uso racional de la MT/MCA tiene muchos aspectos, entre los que se incluyen: calificación y licencia de los proveedores; uso correcto de productos de calidad asegurada; buena comunicación entre proveedores de MT/MCA, médicos alopáticos y pacientes; y provisión de información científica y orientación para el público.

Los retos en educación y formación son al menos el doble. Primero, es necesario asegurar que los conocimientos, las cualificaciones y la formación de los proveedores de MT/MCA son adecuados. En segundo lugar, debe utilizarse la formación a fin de asegurar que los proveedores de MT/MCA y los médicos alopáticos comprendan y aprecien como se complementan los cuidados sanitarios que ofrecen.

El uso correcto de productos de calidad asegurada tiene gran importancia a la hora de reducir los riesgos asociados con los productos de la MT/MCA tales como las medicinas con base de hierbas. Sin embargo, las normativas y el registro de medicinas con base de hierbas no están bien desarrollados en la mayoría de los países y por lo general, la calidad de los productos de hierbas que se venden no está garantizada.

Asimismo es necesario trabajar más a fin de sensibilizar al público sobre cuando es apropiado (y costo-eficaz) el uso de la MT/MCA y

Comunicación

*Formación/
Comunicación*

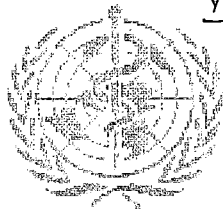
*Q los
productos*

cuando no es aconsejable, y por qué debe tenerse cuidado cuando se utilicen productos de MT/MCA.

El papel actual de la OMS

Objetivos
OMS

La misión de la OMS en medicamentos esenciales y política farmacéutica es ayudar a salvar vidas y mejorar la sanidad cerrando el gran vacío existente entre el potencial de las medicinas esenciales y la realidad de que para millones de personas, en especial los pobres



y los desfavorecidos, las medicinas no están disponibles, no son asequibles, seguras o se usan de forma incorrecta. LA OMS hace esto realizando diversas

funciones clave: articulando la política y adoptando posturas defensoras, trabajando en asociación, elaborando guías y herramientas prácticas, desarrollando normas y pautas, fomentando estudios estratégicos y operativos, desarrollando de recursos humanos y gestionando la información.

En términos de MT/MCA, la OMS lleva a cabo estas funciones:

- Facilitando la integración de la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales
Ayudando a los Estados Miembro a desarrollar sus propias políticas nacionales sobre MT/MCA.
- Elaborando guías para la MT/MCA
Desarrollando y creando estándares internacionales, pautas técnicas y metodologías para la investigación de terapias y productos de MT/MCA, y para su uso durante la elaboración de productos de MT/MCA.
- Fomentando el estudio estratégico de la MT/MCA
Proporcionando apoyo a los proyectos de estudios clínicos sobre seguridad y eficacia de la MT/MCA, en especial en lo que se

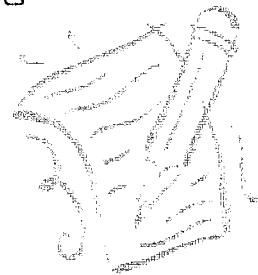
refiere a enfermedades tales como la malaria y VIH/SIDA.

- Defendiendo el uso racional de la MT/MCA
Fomentando el uso basado en evidencias de la MT/MCA.
- Gestionando la información sobre la MT/MCA
Actuando como una cámara de compensación para facilitar el intercambio de información sobre la MT/MCA.

Sin embargo los retos descritos anteriormente exigen la ampliación y el aumento de las actividades de la OMS en esta área.

Marco de trabajo para actuar

La estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005, revisa el estado de la MT/MCA de forma global, y detalla el propio papel y las actividades de la OMS en cuanto a MT/MCA. Pero lo que es más importante, proporciona un marco de trabajo para la acción de la OMS y de sus socios, a fin de que la MT/MCA desempeñe un papel mucho más importante a la hora de reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, especialmente entre las poblaciones más pobres. La estrategia comprende cuatro objetivos:



- ① Política — integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales sobre MT/MCA.
- ② Seguridad, eficacia y calidad — fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, difundiendo los conocimientos básicos sobre MT/MCA y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para el asegurar la calidad.
- ③ Acceso — incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, según

ESTRATEGIA
OMS 2002-2005

sea apropiado, enfatizando el acceso de las poblaciones pobres.

4. Uso racional — fomentar terapéuticamente el uso sólido de una MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores.

En un principio, la implantación de la estrategia se centrará en los primeros dos objetivos. Conseguir los objetivos de seguridad, eficacia y calidad, proporcionará las bases necesarias para conseguir los objetivos de acceso y uso racional.

Implantación de la estrategia

Maximizar el potencial que ofrece la MT/MCA para mejorar el estado sanitario al nivel mundial es una tarea desalentadora, que

comprende una diversa gama de actividades y exige muchos tipos de experiencia. Afortunadamente, la OMS ha establecido una red de MT/MCA global, los miembros de la cual incluyen autoridades sanitarias nacionales, expertos de Centros Colaboradores de la OMS e institutos de investigación, además de agencias de la ONU y organizaciones no gubernamentales que trabajan en temas relacionados con la MT/MCA, cuya ayuda puede pedir la OMS. Muchas organizaciones han contribuido al desarrollo de la *estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*, y muchas de ellas están de acuerdo en ser nuestros socios en esta implantación.

El uso de indicadores críticos facilitará el control del progreso por país bajo cada uno de los objetivos estratégicos.

Perspectiva global

Clasificación } Terapias con medicación
 } Terapias sin medicación

La medicina tradicional (MT) y la medicina complementaria y alternativa (MCA) están adquiriendo más atención dentro del contexto de la provisión de atención sanitaria y la reforma del sector salud. Muchos factores contribuyen a la expansión en el uso de la MT/MCA. Sin embargo a fin de desarrollar todo su potencial, primero deben tratarse algunos temas importantes.

ENL ¿Qué es la medicina tradicional? Hacia una definición práctica

Existen muchas formas de medicina tradicional, entre los que se incluyen la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe. A lo largo de la historia los asiáticos, africanos, árabes, nativos americanos, oceánicos, centroamericanos y sudamericanos, además de otras culturas, han desarrollado una gran variedad de sistemas de medicinas tradicionales indígenas. Influenciados por factores tales como la historia, las actitudes personales y la filosofía, su práctica varía en gran medida de un país a otro y de una región a otra. No es necesario decir que su teoría y aplicación difieren de manera importante de la teoría y la aplicación de la medicina alopática (Cuadro 1).

Dependiendo de las terapias implicadas, las terapias de la MT/MCA puede clasificarse como terapias de medicación – si se utilizan

medicinas con base de hierbas^d, partes de animales y/o minerales – o terapias sin medicación – si se realiza principalmente sin el uso de medicación, como es el caso de la acupuntura, las terapias manuales, el gí Gong, tai ji, la terapia termal, el yoga y otras terapias físicas, mentales, espirituales y terapias de mente y cuerpo.

Cuadro 1

¿QUÉ ES LA MEDICINA TRADICIONAL?

La medicina tradicional puede codificarse, regularse, enseñarse abiertamente y practicarse amplia y sistemáticamente, además de beneficiarse de miles de años de experiencia.

A la inversa, puede ser reservada, mística y extremadamente localizada, a través de la difusión oral de conocimientos y prácticas. Puede basarse en síntomas físicos destacados o fuerzas supernaturales percibidas.

Sin duda, en el ámbito global, la medicina tradicional elude la definición o descripción precisa, conteniendo como lo hace características y puntos de vista diversos y a veces conflictivos. No obstante una definición práctica resulta útil. Para la OMS tal definición debe ser por necesidad amplia e inclusiva.

La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

definición de TNC

^d Las medicinas basadas en hierbas incluyen hierbas, materiales con base de hierbas, preparados a base de hierbas y productos acabados con hierbas, que contienen como ingredientes activos partes de plantas u otros materiales con base de plantas o combinaciones de las mismas.

Medicina complementaria y alternativa

Los términos "complementaria" y "alternativa" (y a veces también "no convencional" o "paralela") se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no

"El uso de medicina 'alternativa' es ... como lo es de extranjeros - ambos términos son vagamente peyorativos y hacen referencia a amplias y heterogéneas categorías de prácticas que no se ven con mayor frecuencia por lo que son"

forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente.

La acupuntura es una terapia médica tradicional china. Sin embargo muchos países

europeos la definen, y la medicina tradicional china en general, como MCA, porque no forma parte de sus propias tradiciones sanitarias. De la misma forma, desde que la homeopatía y los sistemas quiroprácticos se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, tras la introducción de la medicina alopática, no están clasificadas como sistemas de MT ni se incorporan en los modos dominantes sanitarios de Europa. En su lugar, se refiere a éstas como una forma de MCA.^e

En la tabla 1 se muestran algunas terapias de MT/MCA comunes, descritas en la serie *Revista Médica Británica 1999* sobre MCA. La tabla no es de ninguna forma exhaustiva, y continuamente se están desarrollando nuevas ramificaciones de disciplinas establecidas.

Tabla 1

Terapias y técnicas terapéuticas comúnmente utilizadas en la MT/MCA

	Medicina China	Ayurveda	Unani	Naturopatía	Osteopatía	Homeopatía	Quiropráctica	Otras
Medicinas con hierbas	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗	⊗		⊗ ^a
Acupuntura/acupresión	⊗				⊗			⊗ ^b
Terapias manuales	Tuina ^c	⊗	⊗	⊗	⊗		⊗	Shiatsu ^d
Terapias espirituales	⊗	⊗	⊗	⊗				Hipnosis, sanación, meditación
Ejercicios	Qigong ^e	Yoga		Relajación				

⊗ - terapia/técnica terapéutica comúnmente utilizada

⊗ - terapia/técnica terapéutica utilizada a veces

⊗ - utiliza toques terapéuticos

^a por ejemplo, muchos sistemas de MT informales de África y Latinoamérica utilizan medicinas basadas en hierbas.

^b por ejemplo, en Tailandia, algunas terapias de MT utilizadas incorporan acupuntura y acupresión.

^c Tipo de terapia manual utilizada en la medicina tradicional china.

^d Se refiere a terapia manual de origen japonés en la cual la presión se aplica con los pulgares, las palmas, etc., en determinados puntos del cuerpo.

^e Componente de la medicina tradicional china que combina movimiento, meditación y regulación de la respiración para mejorar el flujo de energía vital (qi) en el cuerpo para mejorar la circulación y la función inmune.

^e De acuerdo con este documento, "medicina tradicional" se utiliza cuando se hace referencia a África, Latinoamérica, Sudeste asiático y/o Pacífico occidental, donde quiera que se utilice la "medicina complementaria y alternativa" cuando se hace referencia a Europa y Norteamérica (y Australia). Cuando se hace referencia en un sentido general a todas estas regiones, se utiliza el término MT/MCA.

Integración

Incorporación de la MT/MCA a los sistemas de salud nacionales

La OMS ha definido tres tipos de sistemas de salud para describir el punto hasta el que la MT/MCA es un elemento sanitario oficialmente reconocido.

En un **sistema integrado**, la MT/MCA está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria. Esto significa que: la MT/MCA está incluida en la política de fármacos nacional relevante del país; los proveedores y los productos están registrados y regulados; las terapias de la MT/MCA están disponibles en hospitales y clínicas (tanto públicos como privados); el tratamiento de MT/MCA se reembolsa bajo el seguro sanitario; se realizan estudios relevantes; y se dispone de educación sobre MT/MCA. Mundialmente, sólo China, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea y Vietnam pueden considerarse tener un sistema integrador (Tabla 2).

Un **sistema inclusivo** reconoce la MT/MCA pero todavía no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad, ya sea aporte de cuidados sanitarios, educación y formación o regulación. Es posible que la MT/MCA no esté disponible a todos los niveles sanitarios, puede ser el seguro sanitario no cubra tratamientos de MT/MCA, puede que la educación oficial de MT/MCA no este disponible en el ámbito universitario, y puede que no exista una regulación de los proveedores y productos de MT/MCA o que en caso de existir solamente sea parcial. Dicho esto, se estará trabajando en la política, normativa, práctica, cobertura sanitaria, la investigación y la educación. Los países que tienen en funcionamiento un sistema inclusivo incluyen países en vías de desarrollo tales como Guinea Ecuatorial, Nigeria y Mali que tienen una política de MT/MCA nacional, pero poco o nada sobre regulación de los productos de la MT/MCA, y países desarrollados tales como Canadá y el Reino Unido que no ofrecen un nivel educativo universitario importante en MT/MCA, pero que se están esforzando por

asegurar la calidad y la seguridad de la MT/MCA. Por último, están los países que operan una sistema completo y que esperan obtener un sistema integrador (Tabla 3).

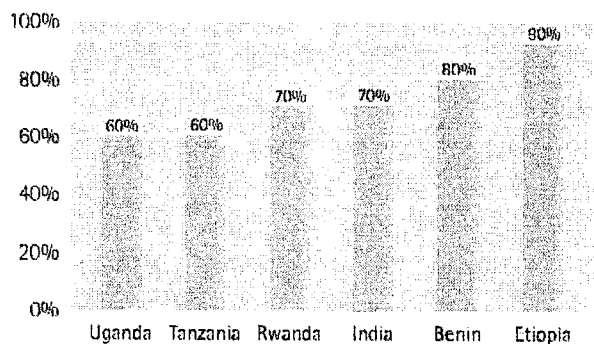
En países con un sistema tolerante, el **sistema sanitario nacional** está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT/MCA.

Ampio uso y estructivo

En muchos países en vías de desarrollo — como lo indican con frecuencia los informes gubernamentales — la mayoría de la población sigue utilizando la MT para satisfacer sus

Figura 1

El uso de la MT para la sanidad primaria está muy extendido en algunos países en vías de desarrollo



Fuente: recogido a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

necesidades sanitarias primarias (Figura 1). De la misma forma, la resolución sobre *Fomento del papel de la medicina tradicional en los sistemas de salud: Una estrategia para la región africana*, adoptada por el 50 Comité Regional de la OMS para la Región Africana en agosto de 2000, indica que alrededor de un 80% de la población de los Estados Miembro Africanos utilizan la MT para ayudar a satisfacer las necesidades sanitarias.² Esto incluye el uso de **comadronas** tradicionales. En hecho, al reconocer la contribución que las comadronas tradicionales pueden hacer a la sanidad primaria, diversos países africanos han dado comienzo a programas de formación para mejorar las habilidades y el conocimiento

UK
Formado
sem 9

Tabla 2 Ejemplos de países con un enfoque integrador para la MT/MCA

Política nacional sobre MT/MCA	Unidad o departamento de MT/MCA en el ministerio de sanidad	Regulación de productos de hierbas y de la industria de productos de hierbas	Recursos humanos de MT	Prácticas a todos los niveles, incluyendo hospitales públicos (p.e. si se práctica en hospitales públicos la MT/MCA está integrada en el sistema sanitario nacional)	Cobertura en el seguro sanitario para tratamientos y productos	Institutos nacionales de investigación de MT/MCA	Educación oficial universitaria que comprende tanto la MT como la MA para médicos, farmacéuticos y enfermeras
China	Administración estatal de medicina tradicional y complementaria (MTC)	Regulación - Sí La farmacopea incluye listis de hierbas de medicamentos esenciales que incluye medicinas de hierbas Fabricantes 600 Cultivadores de hierbas 340 000	Doctores MTC 525 000 Doctores MTC/MA 10 000 Farmacéuticos MTC 89 000 Doctores asociados 72 000 Farmacéuticos MA 55 000	Hospitales MTC 2 500 Hospitales MTC/MA 39 Camas totales 35 000 Hospitales de MT para grupos minoritarios 127	Total	170 institutos de investigación nacionales y estatales	30 universidades MTC 3 Colegios de MT para grupos minoritarios 51 escuelas de tecnología médica de MTC
República de Corea	Bureau de Medicina Oriental	Regulación - Sí La farmacopea incluye hierbas	Doctores orientales 9 914 Practicantes de Acupuntura 4 500	107 hospitales de medicina oriental y 6 590 clínicas locales de medicina oriental	Total	1 instituto de investigación nacional	11 universidades de medicina oriental
Vietnam	Departamento de MT	Regulación - Sí Lista de medicinas esenciales incluye medicinas de hierbas Fabricantes estatales 2	Doctores de MT 25 500 Practicantes de Acupuntura 20 000 Practicantes de MT 5 000	48 hospitales con departamentos de MT	Total	3 institutos de investigación nacionales	Facultad de MT en 3 colegios médicos, 2 escuelas de tecnología médica de MT

Fuentes: compilado a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

Tabla 3 Ejemplos de países con un enfoque inclusivo para la MT/MCA

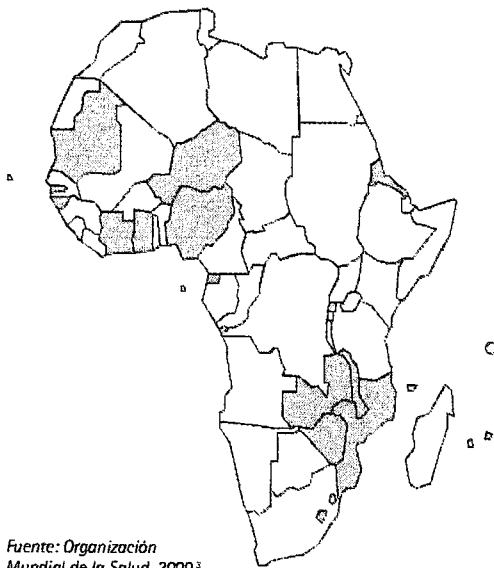
Política nacional sobre MT/MCA	Unidad o departamento de MT/MCA en el ministerio de sanidad	Regulación de productos de hierbas y de la industria de productos de hierbas	Regulación de productos de hierbas y de la industria de productos de hierbas	Prácticas a todos los niveles, incluyendo hospitales públicos (p.e. si se práctica en hospitales públicos la MT/MCA está integrada en el sistema sanitario nacional)	Cobertura en el seguro sanitario para tratamientos y productos	Institutos nacionales de investigación de MT/MCA	Educación oficial universitaria que comprende tanto la MT como la MA para médicos, farmacéuticos y enfermeras
India	Sí	Regulación - Sí	Ambos	Sí, en algunos hospitales estatales	No	Sí	Sí
Sri Lanka	Sí	Regulación - Sí	Ambos	No	No	No	No
Indonesia	Sí	Regulación - Sí	Ambos	Sí, en algunos hospitales estatales	No	Sí	No
Japón	No	Regulación - No	Ambos	Sí, en algunos hospitales estatales	Sí	Sí, en algunas prefecturas	No
Australia	No	Regulación - No	Productos de hierbas	Sí, en algunos hospitales estatales	Parcial	No	Sí
Emiratos Árabes Unidos	No	Regulación - No	Ambos	Sí, en algunos hospitales estatales	No	Sí	No
Alemania	No	Regulación - No	Ambos	Sí, en algunos hospitales estatales	Parcial	Sí	No
Noruega	Sí	Regulación - Personal a cargo	Ambos	Sí, en algunos hospitales estatales	Parcial	Sí, en una universidad estatal	No
Reino Unido	Sí	Regulación - No	Ambos	Sí, en algunos hospitales estatales	Parcial	No	No, en vías de preparación
Canadá	Sí	Regulación - Sí	Ambos	Sí, en algunos hospitales estatales	Parcial	Sí, en algunas universidades estatales	No
EE UU	No	Regulación - No	Ambos	Sí, en algunos hospitales estatales	Parcial	Sí, NCCAM y en algunas universidades estatales	No
Ghana	Sí	Regulación - Sí	Ambos	No	No	Sí	No
Nigeria	Sí	Regulación - Sí	Ambos	Sí	No	Sí	No

Fuentes: compilado a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

sanitario primario de las comadronas (Figura 2). Algunos de esos países también proporcionan formación en MT a farmacéuticos, médicos y enfermeras.

En muchos países asiáticos la MT se sigue utilizando ampliamente, incluso cuando la medicina alopática está disponible. En Japón,

Figura 2
Países africanos con programas sanitarios de formación para comadronas tradicionales



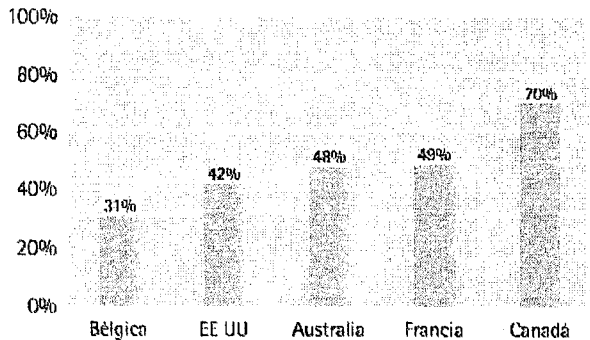
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.³

el 60–70% de los médicos alopáticos prescriben medicinas kampo a sus pacientes. En Malasia, se utilizan ampliamente las formas tradicionales de la medicina malaya, china e india. En China, la MT contabiliza alrededor del 40% de toda la sanidad, y se utiliza para tratar a unos 200 millones de pacientes anualmente.⁴ En Latinoamérica, la Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO/PAHO) informa que el 71% de la población en Chile y el 40% de la población de Colombia utiliza la MT.⁵

En muchos países desarrollados, determinadas terapias MCA son muy populares. Varios informes gubernamentales y no gubernamentales (Figura 3) indican que el porcentaje de la población que ha utilizado la MCA es de un 46% en Australia, un 49% en Francia y un

70% en Canadá.^{6,7,8} Una encuesta realizada entre 610 médicos suizos demostró que el 46% había utilizado alguna forma de MCA,

Figure 3
Porcentaje de población que ha utilizado la MCA al menos una vez en países desarrollados seleccionados



Fuente: Fisher P y Ward A, 1999; Health Canada, 2001. Organización Mundial de la Salud, 1998.^{7,8,9}

principalmente la homeopatía y la acupuntura. Esto es comparable a la cifra de MCA para el total de la población suiza.⁹ En el Reino Unido, casi un 40% de todos los médicos alopáticos ofrecen alguna forma de derivación o acceso a la MCA.¹⁰ En EE UU, una encuesta nacional sobre la que informó la revista *Journal of the American Medical Association* indicó que el uso de al menos 1 de 16 terapias alternativas durante el año anterior aumentó del 34% en 1990 al 42% en 1997.¹³

La acupuntura es una práctica especialmente popular. Originaria de China, en la actualidad se utiliza en al menos 78 países y no sólo la practican acupunturistas sino también médicos alopáticos (Figura 4). De acuerdo con la Federación Mundial de Acupuntura – Sociedades de Moxibustión, en Asia hay al menos 50.000 acupunturistas. En Europa, se estima que existen 15.000 acupunturistas, incluyendo a los médicos alopáticos que también practican como acupunturistas. En Bélgica, el 74% del tratamiento de acupuntura lo administran médicos alopáticos. En Alemania, el 77% de las clínicas contra el dolor proporcionan acupuntura. En el Reino

Figura 4

Países donde los médicos alopáticos practican la acupuntura únicamente, o la practican médicos alopáticos y acupunturistas



Fuente: Federación Mundial de Acupuntura – Sociedades de Moxibustión, 2000; Organización Mundial de la Salud, en prensa.^{11,12}

Unido, el 46% de los médicos alopáticos bien recomiendan a sus pacientes un tratamiento de acupuntura o tratan a sus pacientes con acupuntura ellos mismos. En EE UU hay 12 000 licencias de acupunturistas — la práctica de la acupuntura es legal en 38 estados y en seis estados se están desarrollando políticas para la práctica de la acupuntura.^{11,14,15}

Gasto

Los informes sobre el gasto nacional total en MT/MCA son escasos. La información sobre el gasto nacional realizado para el autotratamiento con MT/MCA es incluso más escasa. Sin embargo, se dispone de algunas cifras, y con un uso mundial cada vez mayor de la MT/MCA, el gasto público y privado está claramente aumentando. En Malasia, se estima un gasto anual en MT/MCA de unos 500 millones de dólares estadounidenses, comparado con unos 300 millones de dólares estadounidenses en medicina alopática.⁶ En EE UU, el gasto

total realizado en 1997 en MCA se estima en unos 2700 millones de dólares estadounidenses, comparable con el gasto proyectado realizado en 1997 para todos los servicios médicos.¹³ En el Reino Unido, el gasto anual en MCA se estima en 2300 millones de dólares estadounidenses respectivamente.¹⁶ En Canadá, se estima que en 1997 el gasto en MCA fue de 2400 millones de dólares estadounidenses.⁸

El mercado mundial de medicinas elaboradas con de hierbas basadas en el conocimiento tradicional se estima es en la actualidad de 60 mil millones de dólares USA.¹⁷ En EE UU, las ventas de hierbas aumentaron un 101% en los mercados ambulantes entre mayo de 1996 y mayo de 1998. Entre los productos con base de hierbas más populares incluyen el ginseng, Ginkgo biloba, el ajo, Echinacea spp. y Hierba de San Juan (Tabla 4).¹⁸

Tabla 4

Aumento de las ventas de los productos más populares elaborados con hierbas en EE UU 1997-1998

Hierba	Ventas en millones \$ USA 1997	1998	% de aumento en ventas
Total suplementos de hierbas	292	587	101
Echinacea	33	64	96
Ajo	66	81	24
<i>Ginkgo biloba</i>	52	126	143
Ginseng	76	96	26
Hierba de San Juan	1	103	102
Otras hierbas	64	118	85

Fuente: datos de Scanner Data, FDM, Inc., EE UU.¹⁸

Contabilidad de uso y aumento del interés

Accesible y asequible en los países en vías de desarrollo

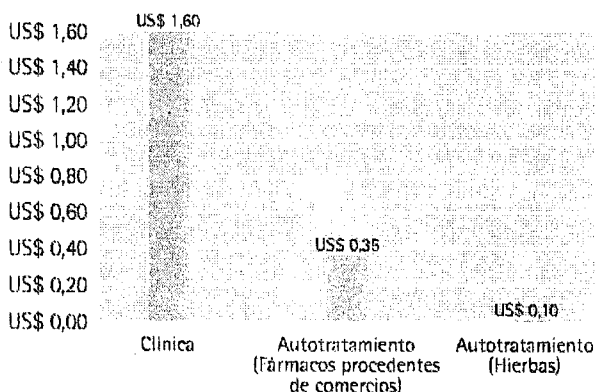
En algunos países en vías de desarrollo la MT está mucho más disponible que la medicina alopática. En Tanzania, Uganda y Zambia, los investigadores han encontrado una proporción de practicantes de MT^f por población de 1:200-1:400. Esto contrasta con la disponibilidad de practicantes alopáticos, donde la proporción es de 1:20.000 o inferior.^{19,20} Una encuesta realizada en 1991 por parte de la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional descubrió que, en el África Subsahariana, los practicantes de la medicina tradicional superaban a los practicantes de medicina alopática por 100 a 1.²¹ Lo que es más, los practicantes de la medicina alopática estaban localizados principalmente en ciudades y otras áreas urbanas. Así que para muchas poblaciones rurales, la MT es la única fuente sanitaria disponible. Los estudios realizados por la OMS Roll Back Malaria Programme en 1998 demostraron que en Ghana, Mali, Nigeria y Zambia, más del 60% de los niños con fiebre alta eran tratados en

casa con medicinas con base de hierbas.^{22,23, 24,25}

Una de las razones clave citada para ello fue la accesibilidad a las medicinas con base de hierbas en las zonas rurales. (Véase también la Figura 5).

La MT es a veces la única fuente sanitaria asequible, especialmente entre los pacientes más pobres. En Ghana, Kenia y Mali, un estudio ha demostrado que un tratamiento antimalarico con pirimetamina/sulfadoxina puede costar muchos dólares. El gasto sanitario total realizado en Ghana y Kenia es de alrededor 6 dólares estadounidenses per capita al año. En otras palabras, algunas poblaciones simplemente no pueden permitirse el lujo de pagar fármacos químicos.²⁷ Por otro lado, las medicinas con base de hierbas no sólo son relativamente baratas sino que se pueden pagar en especie y/o de acuerdo con el "bienestar" del cliente. De la misma forma en Salvador, el coste de tratar a un niño con

Figura 5
El tratamiento de la malaria en Ghana con medicinas con base de hierbas es considerablemente más barato que cualquier otra forma sanitaria



Fuente: adaptado de Ahorlu C. y otros, 1997.²⁶

diarrea como paciente externo en un hospital público — incluyendo honorarios por consulta y medicación — puede suponer hasta 50 dólares estadounidenses. El tratamiento que

^f Practicantes de MT son por lo general sanadores tradicionales, colocadores de huesos, herbolarios, etc. Los proveedores de MT incluyen tanto practicantes de medicina tradicional como profesionales de medicina alopática tales como médicos, dentistas y enfermeras quienes proporcionan terapias de MT/MCA a sus pacientes. P.e. muchos médicos también utilizan la acupuntura para tratar a sus pacientes.

Recopilación

ofrece un practicante de MT puede ser inferior a 5 dólares estadounidenses o pagarse en especie.²⁹

La mayor accesibilidad a los practicantes de MT — y la confianza en su capacidad para tratar enfermedades incurables debilitantes — se explica por qué la mayoría de los africanos que viven con VIH/SIDA utilizan medicinas tradicionales con base de hierbas para obtener una cura sintomática y tratar las infecciones oportunistas. Frecuentemente, los practicantes de MT son personas bien conocidas en sus comunidades por su experiencia en la atención sanitaria y por la prevención de muchas enfermedades de transmisión sexual.⁹ Al mismo tiempo, la MT está a

En una reunión celebrada en Namibia en junio de 2002 y patrocinada por el ONUSIDA se acordó que la medicina tradicional está en un punto crucial cuando se trata de la atención clínica en la epidemia del SIDA en África. Los ministros y los jefes de misiones médicas han pasado por alto la medicina

menudo incrustada en amplios sistemas de creencias y sigue siendo una parte integral e importante de la vida de muchas personas. ONUSIDA es partidario de colaborar con los practicantes de la MT en la prevención del SIDA y la atención en África Subsahariana.^{29,30}

La MT se utiliza también comúnmente en países en vías de desarrollo en Asia. El gobierno indio ha informado que para el 65% de su población, la MT es la única fuente sanitaria disponible. En algunos países de Asia, los gobiernos promueven de forma activa la MT. El ministro de sanidad de la República Popular de Laos, está alentando el uso de la MT, incluyendo una amplia distribución entre las comunidades del informe, *Medicines in Your*

Garden [Medicinas en el jardín]. En Tailandia, el ministerio de sanidad está trabajando para mejorar la sensibilización del público y difundir el uso de plantas medicinales para la atención sanitaria primaria. Este trabajo ha incluido la publicación del libro *Manual of Medical Plants for Primary Health Care [Manual de plantas medicinales para el cuidado sanitario primario]*.

Un enfoque alternativo o complementario para la sanidad en los países desarrollados

En muchos países desarrollados, el uso cada vez mayor de la MCA indica que existen otros factores aparte de la tradición y el coste. La preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos, las cuestiones asociadas con los enfoques y suposiciones de la medicina alopática, el mayor acceso del público a información sanitaria, los cambios en los valores y la reducida tolerancia del paternalismo son algunos de ellos.^{16,32}

La medicina tradicional está basada en las experiencias de las personas. Diferentes personas pueden recibir diferentes tratamientos, incluso si, de acuerdo con la medicina moderna, sufren la misma enfermedad. La medicina tradicional se basa en la creencia de que cada persona tiene su propia constitución y circunstancias sociales que dan como resultado diferentes reacciones para las 'causas de la enfermedad' (o 'estados').

Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga lleva consigo un riesgo mayor de que se desarrollen enfermedades crónicas, debilitantes tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales.²⁷ Aunque los tratamientos y las tecnologías alopáticas son abundantes, algunos pacientes han encontrado que no les proporciona una

⁹ Los investigadores en muchos países han observado que otras enfermedades y estados no clasificados como de transmisión sexual en nosología biomédica pueden considerarse localmente como tales tanto por parte del practicante como de sus clientes.

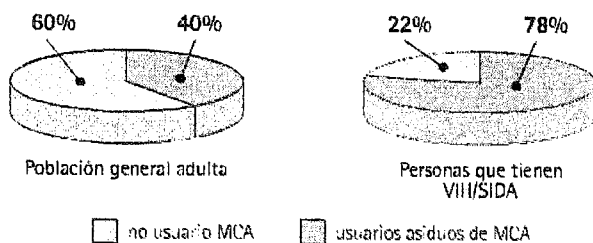
solución satisfactoria. Los tratamientos y las tecnologías no han sido lo suficiente eficaces o han provocado efectos adversos. Un estudio nacional realizado en EE UU demostró que la

"Es importante reconocer que 'hacer el papel' de un profesional de la medicina con frecuencia conlleva responsabilidades por responsabilidad profesional en el tratamiento de enfermos, y por lo tanto, el uso de terapias alternativas y complementarias debe ser un complemento y no un sustituto de la medicina convencional. Sin embargo, en la práctica, a menudo se confunde el uso de terapias alternativas con el uso de terapias complementarias, lo que puede resultar en un uso inadecuado de estas terapias y en un mayor riesgo de efectos adversos."

mayoría de los usuarios de la MCA no percibían la MCA como "alternativa" a la medicina alopatía sino como "complementaria".³³

Un estudio reciente ha demostrado que el 78% de los pacientes que padecen VIH/SIDA en EE UU utilizan alguna forma de MCA (Figura 6).^{34,35,36}

Figura 6
Uso de la MCA por pacientes que padecen VIH/SIDA en EE UU



Fuente: Anderson W y otros, 1993; Mason F, 1995; Ostrow MJ y otros, 1997.^{34,35,36}

En países desarrollados las encuestas realizadas sobre la conducta en busca de sanidad y la satisfacción del cliente, han observado un elevado grado de apreciación de la calidad de la atención ofrecida por los proveedores de MCA. Los riesgos relativamente bajos

percibidos, asociados con el uso de terapias de MT también es un factor contribuyente para su popularidad.

En un análisis de datos sobre malas prácticas de 1990 a 1996 en EE UU, las quejas contra quiroprácticos, masajistas y acupunturistas fueron menos frecuentes y por lo general implicaban lesiones menos graves, que las quejas efectuadas contra médicos. En un estudio literario mundial, sólo se identificaron 193 efectos adversos tras un tratamiento de acupuntura (incluyendo efectos relativamente menores tales como dolor y vértigo) durante un periodo de 15 años.³⁸

Reacción ante la popularidad de la MT/MCA

Los gobiernos están respondiendo ante el creciente uso de la MT/MCA. Muchos países están en la actualidad desarrollando normativas para la práctica de quiropráctica, mientras que 24 países ya cuentan con dichas normativas (Figura 7). Otros países están trabajando para regular las medicinas con base de hierbas — el número de Estados Miembro de la OMS con normativas relacionadas a la medicina con base de hierbas aumentó de 52 en 1994 a 64 en 2000 (Figura 8). En el año 2000, Australia, Canadá, Madagascar, Nigeria y EE UU han desarrollado normativas para las medicinas basadas en hierbas. (La OMS se asoció con Madagascar y Nigeria en el desarrollo de sus normativas). En algunos países, están floreciendo estructuras, presupuestos y formación en MT/MCA (Tabla 5).

El cada vez mayor número de institutos de investigación nacionales sobre MT en los países en vías de desarrollo es también un signo de la creciente importancia de la MT. De echo, la mayoría de los países en vías de desarrollo tienen ahora institutos nacionales de investigación de MT. Ejemplos destacados podemos encontrar en China, Ghana, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea, India, Mali, Madagascar, Nigeria, Tailandia, Indonesia, la República

Figura 7

En la actualidad las leyes quiroprácticas están muy difundidas



Fuente: informe de la Federación Mundial de Quiropráctica y Alianza Mundial Quiropráctica en 2000.^{39,40}

Popular de Laos, Sri Lanka y Vietnam. (Véase también la Figura 9).

Mientras tanto, en los países desarrollados, las reacciones ante la popularidad de la MCA se está haciendo cada vez más amplias. En 1995, el parlamento noruego examinó cómo la MCA podía incorporarse mejor al servicio sanitario noruego. Esto incluye la consideración de: certificación de formación y educación profesional en MCA, y documentación de tratamientos con MCA. En 1997, el ministerio de sanidad y asuntos sociales estableció un comité para observar varios aspectos de la MCA. Su informe propuso la revocación del Acta Relacionada con el Curanderismo, y la creación de un sistema de registro para los proveedores de MCA. Asimismo, propuso la distribución de fondos a lo largo de un periodo de cinco años, a fin de aumentar los conocimientos de la MCA y fomentar la cooperación entre proveedores de MCA y el sistema sanitario noruego.⁴² Esto último le siguió en el ámbito internacional en 1999 el *Memorandum de Entendimiento sobre*

Cooperación en Materia Sanitaria firmado por los ministros de sanidad de la República Popular China y Noruega. El acuerdo buscaba fomentar la sanidad y los servicios sanitarios en ambos países, centrándose en la MT/MCA, el desarrollo, la regulación y la organización de hospitales.

La provisión de MCA y su uso también se ha revisado oficialmente en el Reino Unido, tras la cada vez mayor preocupación sobre su seguridad. En la actualidad — con la excepción de la osteopatía y la quiropraxia, que están protegidas por estatuto — cualquier persona puede practicar la MCA sin ninguna formación. En 1999, la Casa de los Comunes solicitó al Comité de Ciencia y Tecnología un estudio de este tipo de atención sanitaria. El comité recomendó la creación de un mecanismo central (subvencionado con recursos gubernamentales y de asociaciones caritativas) para coordinar, asesorar y controlar la formación del estudio de la MCA. Segundo, sugirió que el Directorado de Investigación y Desarrollo del Servicio Nacional Sanitario, y el Consejo

Tabla 5

Cada vez es mayor el número de países africanos que han establecido estructuras, presupuestos y formación en MT

País	Un marco de trabajo legal para la MT	Un organizamo de gestión o coordinación nacional	Asociación de practicantes tradicionales	Directorio de practicantes tradicionales	Distribución del presupuesto nacional para la MT
Angola		*	*	*	
Botswana			*		
Burkina Faso	*	*	*		
Camerún			*	*	
Costa de Marfil	*	*	*		*
Rep. Pop. de Congo	*	*			
Guinea Ecuatorial	*	*	*		
Eritrea					*
Etiopia	*		*		*
Gambia				*	
Ghana	*	*	*		*
Lesotho	*	*	*	*	
Madagascar	*	*	*	*	
Malawi		*	*		
Mali	*	*	*	*	*
Mauritania			*		
Mozambique	*		*		
Namibia	*	*	*		
Niger	*	*	*	*	
Nigeria	*	*	*		*
Rwanda		*	*	*	*
Santo Tome y Príncipe	*	*	*		
Senegal			*		*
Zambia	*	*	*	*	
Zimbabwe	*	*	*	*	

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.²

de Estudios Médicos, dedicaran fondos de investigación para crear centros de excelencia para la investigación de la MCA, utilizando como modelo el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa de EE UU (véase la página siguiente).¹⁶

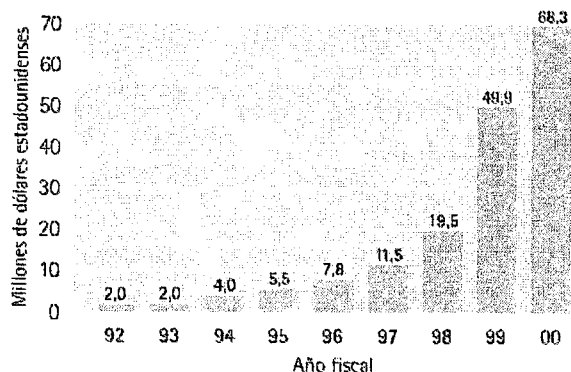
El aumento en las oportunidades de formación y educación en MCA en el Reino Unido también reflejan el creciente interés en este tipo de atención sanitaria. La formación en acupuntura, por ejemplo, se ofrece en un mayor número de centros académicos. Y a los estudiantes de medicina también se les ofrece

cursos de MCA, aunque tienden a ofrecer formación académica únicamente, en lugar de enseñar habilidades clínicas específicas. La proporción de escuelas médicas en el Reino Unido que ofrecen dichos cursos subió de un 10 a un 40% entre 1995 y 1997.⁴³ En EE UU, un gran número de escuelas médicas cuentan ahora con clases y programas electivos de MCA.⁴⁴

De igual forma, En los países desarrollados, la financiación y el establecimiento de estudios sobre MCA y las unidades de investigación en las instalaciones de investigación de excelencia

Figura 10

La financiación de la MCA está aumentando significativamente en EE UU



Fuente: Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, 2000.⁴⁶

para el público en general. Cuenta con diez miembros, incluyendo senadores y expertos.

EE UU también cuenta con un gran número de unidades para el estudio de la MCA, basadas en instituciones de investigación tales como la Universidad de Maryland, Universidad de Columbia en Nueva York, Universidad de Harvard en Massachusetts y el Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre en Nueva York.⁴³

La actividad internacional en MT/MCA se está haciendo cada vez más prominente. La Unión Europea (UE) ha completado recientemente

un proyecto COST (Cooperación Europea en el campo de la investigación Científica y Técnica) sobre "medicina no convencional". Y en 1999 la Asamblea Parlamentaria de la UE (con el título *Un enfoque europea a las medicinas no convencionales*), se pidió a los Estados Miembro que fomentasen el reconocimiento oficial de la MCA en las facultades de medicina, a fin de alentar su uso en hospitales y alentar a los médicos alopáticos a estudiar MCA en el ámbito universitario.⁴⁶ También en Europa, la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM) trabaja en la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos con base de hierbas. Y la AEEM estableció un Grupo de Trabajo sobre Medicinas a base de Hierbas en 1997. (Véase también el Capítulo 4).

Más recientemente, la *Abuja Declaration on Roll Back Malaria*, firmada por los jefes de estado y gobierno de 53 países africanos en el año 2000, reconoció la importante contribución que la MT hace para luchar contra la malaria. La *Declaración* incluye una petición a los gobiernos para asegurar la eficacia de tales tratamientos, y hacerlos disponibles y accesibles a los grupos comunitarios más pobres.

La MT/MCA tiene muchas características positivas entre las que se incluyen: diversidad y flexibilidad; accesibilidad y asequibilidad en muchas partes del mundo; amplia aceptación entre muchas poblaciones de países en vías de desarrollo; aumento de la popularidad en países desarrollados: un coste comparativo relativamente bajo; bajo nivel de inversión tecnológica; y una creciente importancia económica. Todos estos factores pueden verse como oportunidades de desarrollo.

Sin embargo, otras características de este tipo de cuidado de la salud pueden considerarse como retos que deben superarse. Entre ellos se incluye: los distintos grados con los que la reconocen los gobiernos; la falta de evidencia científica respecto a la eficacia de muchas de sus terapias; dificultades relacionadas con la protección de los conocimientos indígenas de la MT; y problemas a la hora de asegurar su uso correcto.

La amplia gama de experiencia de la OMS en cuanto a MT/MCA significa que se encuentra en una situación para ayudar a atajar muchos de estos retos. De echo, los Estados Miembro de la OMS están cada vez más y repetidamente pidiendo más ayuda y orientación sobre temas asociados con la MT/MCA — como se expresó, por ejemplo, durante las reuniones del Comité Regional de la OMS, en las Conferencias Internacionales de las Autoridades Normativas sobre Fármacos (ICDRA) y en los foros internacionales de los gobiernos.

En el año 2000, el Comité Regional de la OMS para África, al que acudieron 25 ministros de sanidad, pidió apoyo para la creación de un entorno capacitador para la MT; el desarrollo de guías para la formulación y evaluación de políticas nacionales sobre MT; y el desarrollo de mecanismos para mejorar los entornos económicos y normativos para la producción local de medicinas tradicionales.² En términos muy parecidos se expresó la Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático (SEARO) en 1999⁴⁷ y el Foro Gubernamental sobre Medicina Tradicional en China en el 2000, y la 9ª reunión ICDRA en 1999.

Algunos retos son comunes para todas las regiones. Por ejemplo, los gobiernos chino e indio están preocupados por cómo utilizar mejor la MT para reforzar la atención sanitaria primaria en áreas remotas. En África, muchos países están buscando los medios para hacer el mejor uso de los recursos de MT local y cómo hacer de la MT un componente integrado de paquetes sanitarios mínimos. Para los Estados Miembro europeos de la OMS, la seguridad y la calidad, la licencia de los proveedores y los niveles de formación, las metodologías y las prioridades para la investigación, se han convertido rápidamente en temas de gran importancia.

Tabla 6

Los desafíos de la MT/MCA caen en cuatro categorías

Política nacional y marco de trabajo legislativos	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de reconocimiento oficial de la MT/MCA y de los proveedores de MT/MCA • La MT/MCA no está integrada en los sistemas nacionales de salud • Falta de mecanismos legislativos y legales • Distribución equitativa de los beneficios del conocimiento y los productos indígenas de MT • Inadecuada distribución de los recursos para el desarrollo de la MT/MCA y construcción de la capacidad
Seguridad, eficacia y Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de metodología de investigación • Inadecuada base de evidencias para las terapias y productos de MT/MCA • Falta de pautas internacionales y nacionales para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las terapias y productos de la MT/MCA • Falta de normativas y registros adecuados de las medicinas con base de hierbas • Falta de registro de los proveedores de MT/MCA • Inadecuado apoyo para la investigación
Acceso	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de datos que midan los niveles de acceso y la asequibilidad • Necesidad de identificar terapias y productos seguros y eficaces • Falta de reconocimiento oficial del papel de los proveedores de MT/MCA • Falta de cooperación entre los suministradores de MT/MCA y los médicos alopáticos • Uso no sostenible de los recursos de plantas medicinales
Uso racional	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formación de los proveedores de MT/MCA y sobre MT/MCA para los médicos alopáticos • Falta de comunicación entre la MT/MCA y los médicos alopáticos, y entre los médicos alopáticos y los consumidores • Falta de información al público sobre el uso racional de la MT/MCA



¿Qué se necesita hacer?

Los temas más importantes a atajar se delinean en la Tabla 6 y caen dentro de cuatro categorías:

- política nacional y marcos de trabajo legislativos
- seguridad, eficacia y calidad
- acceso
- uso racional.



Políticas nacionales y marco de trabajo legal

Aunque la MT/MCA se utiliza muy ampliamente en la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de enfermedades, muy pocos países han desarrollado una política nacional sobre MT/MCA.

Esas políticas necesitan ordenarse para definir el papel de la MT/MCA en los sistemas

sanitarios nacionales y cómo puede contribuir a la reforma del sector sanitario. También pueden asegurar que se sitúen los mecanismos legislativos y legales necesarios para fomentar y mantener una buena práctica, que

"Si una colaboración crítica entre el sector integrarse y trabajar con el sistema de salud pública, el sistema sanitario en su conjunto se volverá seguro y no nos ocupará tratar la gestión en las enfermedades crónicas de un sector público responsable".

el acceso a la MT/MCA sea equitativo, y que se asegure la autenticidad, la seguridad y la eficacia de las terapias utilizadas. Sin dichas políticas, la MT/MCA se practica sin ninguna clase de control gubernamental y sin ofrecer la debida protección al paciente/consumidor.

Por lo tanto las políticas sobre MT/MCA deben cubrir una gama de temas, incluyendo: legislación y regulación de productos con base de hierbas y de práctica de las terapias; educación, formación y licencia para los proveedores; investigación y desarrollo; y distribución de los recursos económicos y demás recursos (Tabla 7). En breve, las políticas MT/MCA sólidas pueden aumentar los tipos de atención sanitaria segura y eficaz disponibles a los pacientes y consumidores.

Tabla 7

Elementos clave a incluir en una política nacional sobre MT/MCA

- Definición de la MT/MCA.
- Definición del papel del gobierno en el desarrollo de la MT/MCA.
- Provisión para asegurar la seguridad y calidad de las terapias y productos de la MT/MCA.
- Provisión para la creación o expansión de la legislación relacionada con los proveedores de MT/MCA y legislación de las medicinas con base de hierbas.
- Provisión de educación y formación de los suministradores de MT/MCA.
- Provisión de promoción del uso correcto de la MT/MCA.
- Provisión para elaborar capacidad de recursos humanos de MT/MCA, incluyendo distribución de recursos económicos.
- Provisión de cobertura por parte de la seguridad social.
- Consideración de los temas sobre la propiedad intelectual.

Hasta la fecha, sólo 25 de los 191 Estados Miembro de la OMS han desarrollado una política nacional sobre MT/MCA.

También debe prestarse atención a los temas de propiedad intelectual si el país en cuestión tiene un conocimiento indígena de MT/MCA y/o a los recursos naturales que se utilizan en la elaboración de productos de MT/MCA. Algunos grupos recomiendan proteger la MT bajo formas existentes o nuevas de derechos sobre la propiedad intelectual. Otros difieren de esta sugerencia por razones éticas o económicas. Sin embargo, la "biopiratería" — la apropiación no autorizada del conocimiento y los materiales de la MT — está muy condenada. Naturalmente, cuando se preparan las políticas nacionales sobre MT/MCA, deben

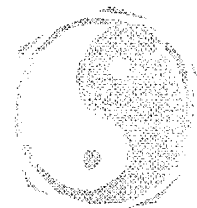
considerarse los objetivos e implicaciones de la protección del derecho a la propiedad intelectual.⁴⁸

De echo, debe tenerse gran cuidado a la hora de desarrollar políticas sobre MT/MCA. Primero se debe hacer una cuidadosa valoración del uso y práctica de la MT/MCA en el país relevante y los medios más apropiados de uso de la MT/MCA para ayudar a satisfacer sus metas sanitarias. Las políticas nacionales deben beneficiar a sus pacientes utilizando terapias de MT/MCA. No podrán aportar estos beneficios si: son incapaces de asegurar la seguridad, eficacia y calidad de los productos y prácticas de la MT/MCA; restringir indebidamente la práctica de la MT/MCA; dar lugar a mayores costes sanitarios; ocultar injustificadamente las opciones de tratamiento a los pacientes; o reducir la capacidad de los médicos de medicina alopática a pacientes derivados.

Seguridad, eficacia, calidad

La medicina alopática tiene su base firmemente arraigada en la cultura occidental. Los médicos enfatizan por lo tanto, su enfoque científico y afirman que está tanto libre de valor como sin marcar por los valores culturales. Las terapias de MT/MCA se han desarrollado de formas distintas, habiéndose visto muy influenciadas por las condiciones culturales e históricas dentro de las cuales han evolucionado. Sus bases comunes son un enfoque holístico a la vida, el equilibrio entre la mente, el cuerpo y su entorno, y el énfasis en la salud en lugar de ponerlo en la enfermedad. Por lo general, el practicante se centra en la condición general del paciente individual, en lugar de hacerlo en la dolencia o enfermedad particular que está sufriendo.

Este enfoque más complejo a la sanidad hace que la MT/MCA resulte una propuesta muy atractiva para muchos. Sin embargo, también dificulta su valoración puesto que deben



tenerse en cuenta muchos factores. Y puesto que las prácticas de la MT/MCA se han desarrollado dentro de distintas culturas en diferentes regiones, no existe un desarrollo paralelo de estándares y métodos — ni nacional ni internacionalmente — para llevar a cabo

La cantidad y calidad de los datos sobre la preparación y consumo sobre los productos de MT/MCA, tales como las medicinas con base de hierbas, son limitados en muchos países, especialmente en los países en desarrollo. Los recursos de los países en desarrollo se dirigen en gran medida a las plantas de medicina, sin también a la falta de un conocimiento científico sobre ellas y sus efectos para evaluar la seguridad y eficacia de las medicinas. También debe tenerse en cuenta que las altas poblaciones de países en desarrollo están experimentando un crecimiento demográfico y una transición epidemiológica, lo que puede aumentar la necesidad de servicios de salud y de medicamentos. Por lo tanto, es necesario desarrollar un enfoque de investigación sobre la seguridad y eficacia y proporcionar evidencia de alta metodología.

dicha valoración. Lo que es más, los proveedores de MCA pueden proceder de historias culturales y filosóficas que difieran radicalmente del desarrollo original de una terapia. Esto puede provocar problemas de interpretación y de aplicación. Por lo tanto es comprensible que en algunos países los médicos alopáticos sean reticentes a derivar a sus pacientes a los proveedores de MCA. (Esto a su vez hace que los programas de la seguridad social no quieran reembolsar los tratamientos de MCA, reduciendo la elección sanitaria de los pacientes).

La valoración de los productos de MT/MCA, tales como las medicinas con base de hierbas, es especialmente difícil. Es esencial la precisión en la identificación de la planta, como está aislada de los ingredientes activos. Lo último es complejo, porque las propiedades de

las plantas medicinales están influenciadas por el momento de recogida de la planta y por la zona de origen de la planta (incluyendo las condiciones del medio ambiente). Al mismo tiempo, una sola planta medicinal puede contener cientos de constituyentes naturales. Establecer que constituyente es responsable de cada efecto puede ser prohibitivamente caro. Dada la popularidad mundial de las medicinas con base de hierbas, es necesario disponer urgentemente de los medios apropiados y eficaces para valorar las medicinas con base de hierbas con recursos limitados.

Investigación, metodología de investigación y costo-efectividad

No es de sorprender entonces que las revisiones hayan mostrado que se han realizado muy pocos, pequeños e inadecuadamente controlados ensayos clínicos. El Cochrane Complementary Field (Campo Complementario Cochrane – véase el Capítulo 4) descubrió que los artículos indicados como "medicina alternativa" formaban tan sólo un 0,4% del número total de artículos listados en MEDLINE para el periodo de 1966 a 1996. (Sin embargo, el total anual aumentó constantemente durante este periodo y la cada vez mayor proporción de informes de ensayos clínicos aleatorios (RCT) sugerían una tendencia hacia un enfoque médico basado en las evidencias). Sólo algunas de las RCT de las que se informó incluían costes (incurridos para la terapia en cuestión, e incluían costes de consulta, material utilizado, etc.). De echo, se pueden hacer muy pocos análisis fiables y económicos de la MT/MCA.

No respaldar la investigación en esta área durante los últimos años ha dado como resultado una falta de datos y de desarrollo de una metodología para evaluar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA. Aunque hay indicaciones de algunas de las terapias alternativas comúnmente utilizadas, por ejemplo, algunas medicinas con base de

hierbas, terapias manipulativas y estrés de conducta-técnicas de reducción, tales como la meditación trascendental, pueden ofrecer una gestión eficaz de enfermedades crónicas

(Cuadro 2). El Cuadro 3 indica algunos análisis de costo-efectividad más detallados que se han empezado a realizar. Una evidencia más firme sería la enorme asistencia a la hora de

Cuadro 2

POTENCIAL PROMETEDOR

Las medicinas con base de hierbas y la acupuntura son las terapias de la MT/MCA más ampliamente utilizadas. Los informes de las investigaciones de su eficacia clínica se han publicado en prestigiosas revistas científicas. La eficacia de la acupuntura para aliviar el dolor¹⁰ y las náuseas⁶⁰, por ejemplo, se ha demostrado concluyentemente y en la actualidad está reconocido mundialmente.

Para las medicinas con base de hierbas, algunas de las evidencias mejor conocidas por la eficacia de un producto con base de hierbas, además de la Artemisia annua para el tratamiento de la malaria, tiene que ver con la hierba de San Juan para la curación de la depresión de media a moderada.

Los pacientes experimentan por lo general menos efectos adversos que cuando son tratados con antidepresivos, tales como la amitriptilina. Tales descubrimientos han inspirado investigaciones en todo el mundo a fin de establecer la eficacia de otras medicinas de MT/MCA ampliamente utilizadas. En laboratorios, los extractos de plantas han

demostrado tener una variedad de efectos farmacológicos, entre los que se incluyen efectos antiinflamatorios, vasodilatadores, antimicrobiales, anticonvulsivos, sedantes y antipiréticos¹⁰. Sin embargo, casi todos los estudios no aleatorios controlados se han realizado para investigar la práctica y el tratamiento de los proveedores de hierbas en su trabajo diario. Esto se aplica también a la mayoría de las demás terapias de la MT/MCA.

Respecto a las terapias sin medicación, la serie British Medical Journal de 1999 comentó sobre la MCA que los ensayos aleatorios controlados han proporcionado una buena evidencia que tanto la hipnosis como las técnicas de relajación pueden reducir la ansiedad, y prevenir los trastornos provocados por el pánico y el insomnio. Los ensayos aleatorios también han demostrado que la hipnosis es una técnica valiosa para el tratamiento del asma y del síndrome de intestinos irritables, el yoga es beneficioso para el asma y el tai ji ayuda a las personas ancianas a reducir el miedo a caerse¹⁰.

Cuadro 3

ESTUDIO SOBRE LA COSTO-EFECTIVIDAD DE LA MCA EN PERÚ

Un estudio realizado por el Programa Nacional de Medicina Complementaria peruano y la comparó las prácticas de la MCA y las prácticas de la medicina alopática, como se utiliza en clínicas y hospitales que operan dentro del sistema peruano de seguridad social (EsSalud).

La eficacia relativa de la MCA se valoró en términos de:

- ❖ eficacia clínica observada
- ❖ satisfacción del usuario/paciente
- ❖ reducción del riesgo médico futuro asociado con un cambio en el estilo de vida.

Se compararon los tratamientos para patologías seleccionadas, con el mismo grado de severidad registrado en la historia y/o ficha clínica.

Se hizo un seguimiento a un total de 339 pacientes — 170 tratados con MCA y 169 con medicina alopática — durante un año. Se analizaron los tratamientos para las siguientes patologías: osteoartritis leve-moderada; dorsalgia, neurosis de ansiedad; asma leve e intermitente; enfermedad de ácido péptico; cefalea tensional; obesidad exógena; y parálisis facial periférica.

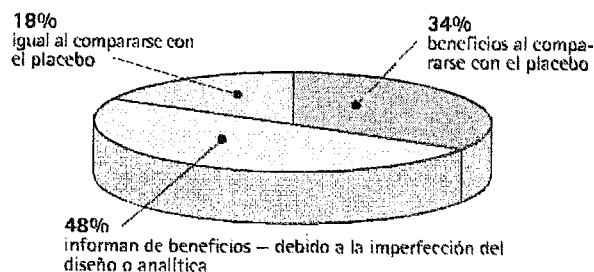
Las conclusiones (con un intervalo de confianza del 95%) pueden resumirse como se indica a continuación:

1. La media global del coste directo utilizando la MCA fue inferior a la incurrida utilizando la terapia convencional. (Se calculó y comparó para valorar el coste directo de ambos sistemas, costes actualmente incurridos durante el tratamiento de cada una de las patologías seleccionadas).
2. Para cada uno de los criterios evaluados — eficacia clínica, satisfacción del usuario y reducción de riesgos futuros — la eficacia de la MCA fue superior a la de los tratamientos convencionales, incluyendo:
 - ❖ menores efectos secundarios
 - ❖ mayor correlación entre percepción del paciente de la eficacia y observación clínica de la eficacia
 - ❖ mayor reconocimiento entre los pacientes del papel desempeñado por los sistemas médicos a la hora de resolver problemas sanitarios.
3. El costo-efectividad general de la MCA fue entre un 53 y un 63% superior a la de los tratamientos convencionales para las patologías seleccionadas.

Fuente: EsSalud y Organización Panamericana de la Salud, 2000⁶¹.

Figura 11

Buena evidencia de la eficacia de algunas medicinas con base de hierbas — pero muy a menudo la valoración es inadecuada



% de ensayos clínicos aleatorios (RCT) que muestran los beneficios de las medicinas con base de hierbas (basado en 50 RCT con 10 medicinas con base de hierbas para 18 indicaciones terapéuticas)

Fuente: basado en datos de Medicinas con base de hierbas: un estudio basado en la evidencia. Therapeutics Letter, Edición 25, Junio-Julio 1998.

presentar argumentos para un mayor reconocimiento y aplicación de la MT/MCA. En efecto, sería un prerrequisito si el acceso a la MT/MCA se fomentase y ampliase, y se asegurase el uso racional de este tipo de cuidado de la salud.

Asegurar la seguridad y la calidad en el ámbito nacional

La escasa actividad de investigación también ha ralentizado el desarrollo de pautas nacionales para asegurar la seguridad y la calidad de las terapias y productos de la MT/MCA. En particular, la falta de dirección e información técnica ha impedido el desarrollo de normativas y registros de las medicinas con base de hierbas. Esto a su vez ha ralentizado el desarrollo de por ejemplo, sistemas de vigilancia nacionales para controlar y valorar la incidencia de sucesos adversos. El echo de que sólo se haya informado del 3% de 771 casos de fármacos falsos a la OMS en abril de 1997 implicadas en medicinas con base de hierbas es un reflejo de este bajo nivel de control, en lugar de ser una indicación de los escasos efectos adversos de las medicinas con base de hierbas⁵².

Determinar las necesidades de investigación

El 6º informe del Comité de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Lores, Gran Bretaña, cita diversos problemas relacionados con la investigación de la MCA en el Reino Unido. Pueden aplicarse a los problemas de investigación en el campo en general. El Comité encontró una infraestructura de investigación deficiente y concluyó que con frecuencia las investigaciones que se llevan a cabo no tienen la calidad deseada ya que las éticas de investigación no se comprenden demasiado bien, falta metodología sólida, los recursos disponibles son muy limitados y los investigadores no quieren valorar la evidencia. La Tabla 8 ofrece un resumen de las necesidades clave a la hora de asegurar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA.

En la Tabla 9 se detallan algunas áreas prioritarias para la investigación.

Tabla 8

Necesidades clave a la hora de asegurar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA

En el ámbito nacional:

- Legislación y registro nacional de medicinas con base de hierbas.
- Control de seguridad para las medicinas con base de hierbas y otras MT/MCA.
- Apoyo para las investigaciones clínicas en el uso de la MT/MCA para el tratamiento de problemas sanitarios comunes del país.
- Pautas, directrices técnicas y metodología nacionales para valorar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA.
- Farmacopea nacional y monográficos de plantas medicinales nacionales.

En el ámbito internacional:

- Acceso a los conocimientos existentes sobre MT/MCA a través del intercambio de información precisa y redes.
- Compartir los resultados de las investigaciones en el uso de la MT/MCA para el tratamiento de enfermedades y condiciones sanitarias comunes.
- Base de evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de los productos y terapias de la MT/MCA.

Tabla 9

Áreas prioritarias de investigación

- Efectos de cada una de las terapias individuales: eficacia, seguridad y costo-efectividad.
- Estudio de los mecanismos de acción de las terapias individuales, incluyendo patrones de respuesta al tratamiento.
- Estudio del propio género de la MT/MCA, incluyendo la investigación social de la motivación de los pacientes para buscar MT/MCA y uso de patrones de MT/MCA.
- Estudio de nuevas estrategias de investigación, que sean sensibles con el paradigma de la MT/MCA.
- Estudio de la eficacia de los métodos de diagnóstico utilizados.
- Estudio de la implantación y efectos de la MT/MCA en instalaciones sanitarias específicas.

Fuente: Cámara de los Lares, 2000¹⁶.

Acceso

Las estadísticas demuestran abrumadoramente que es en los países más pobres del mundo donde más se necesitan tratamientos baratos y eficaces para enfermedades transmisibles. De los 10,5 millones de niños que murieron en 1999, el 99% procedían de países en vías de desarrollo. Más del 50% de las muertes infantiles en los países en vías de desarrollo se deben a cinco enfermedades infecciosas. De la misma forma, el 99% de los dos millones de muertes por tuberculosis anuales se producen en países en vías de desarrollo, y el 80% de los actuales 30 millones de personas con VIH/SIDA viven en el África subsahariana.⁵³



Al mismo tiempo, el acceso a los fármacos químicos

modernos esenciales

es limitado donde las personas sufren la mayoría de las enfermedades de transmisión. Las razones son bien conocidas e incluyen una financiación inadecuada y un aporte sanitario escaso. En los países en vías de desarrollo, sin embargo, la MT puede ser comparativamente barata. Adicionalmente, los practicantes de la MT son proveedores de atención sanitaria creíbles y respetados, si bien no están necesariamente reconocidos oficialmente.

Si tiene que aumentarse el acceso a la MT a fin de ayudar a mejorar el estado sanitario en los países en vías de desarrollo, deben atajarse muchos problemas (Tabla 10). Primero, deben desarrollarse indicadores estándar fiables para

Tabla 10

Necesidades clave para aumentar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA

Nacional e internacionalmente:

- Identificación de las terapias y productos más seguros y eficaces de la MT/MCA (incluyendo: evidencia de que la terapia es eficaz; evidencia de que la terapia es segura; evidencia de que la terapia es costo-eficaz).
- Estudio de tratamiento seguro y eficaz de MT/MCA para enfermedades que representan las mayores cargas, en particular para las poblaciones más pobres.
- Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA a la hora de proporcionar atención sanitaria en los países en vías de desarrollo.
- Optimizar y actualizar las habilidades de los practicantes de MT en los países en vías de desarrollo.
- Protección y preservación del conocimiento indígena sobre MT.
- Cultivo sostenible de las plantas medicinales.

medir con precisión los niveles de acceso — tanto económicos como geográficos — para la MT. Asimismo debe llevarse a cabo una investigación cualitativa que ayude a identificar las restricciones asociadas con la ampliación del acceso.

Segundo, deben identificarse las terapias de la MT más seguras y eficaces con objeto de ofrecer una base sólida que fomente los esfuerzos de la MT. El enfoque debe situarse en los tratamientos para aquellas enfermedades que suponen la principal carga para las poblaciones pobres. Esto significa centrarse en el desarrollo de productos para el tratamiento y la prevención de la malaria y el VIH/SIDA.

Evidentemente, aumentar el acceso a una MT segura y eficaz no debe significar el desplazamiento de programas que aumenten el acceso a la medicina alopática. En lugar deben crearse oportunidades que mejoren la cooperación entre los practicantes de la MT y los médicos alopáticos, a fin de permitir que los pacientes recurran tanto a las terapias de la

MT como a las alopáticas y de esta forma satisfacer mejor sus necesidades. Este es el caso en todos los lugares (y también se aplica a la MCA). Pero es particularmente relevante en áreas con escaso acceso a la medicina alopática. Afortunadamente, en esas áreas, los practicantes de la MT tienden a estar bien establecidos y bien respetados. Trabajar con estos practicantes puede facilitar la diseminación eficaz de mensajes sanitarios importantes entre las comunidades, además de fomentar la práctica segura de la MT.

Si se ha de aumentar sosteniblemente el acceso a la MT, también debe sostenerse el recurso natural básico del cual depende. Las materias primas de las medicinas con base de hierbas, por ejemplo, se recogen de poblaciones de plantas silvestres. La recogida excesiva debido al uso local intensificado o para satisfacer la demanda de exportación es un problema creciente. En África del este y del sur, la sostenibilidad de las existencias silvestres de la patata africana (*Hypoxis hemerocallidea* – antiguamente *H. Rooperi*) está amenazada por la gran publicidad sobre el uso de la planta en el tratamiento del VIH/SIDA que ha disparado su demanda³¹. Puesto que la gran mayoría de los recursos genéticos de la planta y de otras formas de biodiversidad se encuentran o se originan en los países en vías de desarrollo con menos capacidad para protegerlas, dichos problemas tienen la urgente necesidad de una solución.

Los temas de la propiedad intelectual sin resolver es otro problema de acceso. Mientras que las investigaciones sobre MT son esenciales para asegurar un acceso seguro y eficaz a los tratamientos, el conocimiento de las prácticas y productos indígenas de la MT obtenido por los investigadores puede ser una fuente de beneficios para las empresas y los institutos de investigación. Cada vez más, parece que el conocimiento de la MT está siendo apropiado, adoptado y patentado por científicos e industrias, con escasa o ninguna compensación para sus custodios originales, y sin su consentimiento informado¹⁷.

Uso racional

En muchos países, se requiere más actividad respecto a la cualificación y licencia de los proveedores; el uso correcto de los productos de calidad asegurada; la buena comunicación entre los proveedores de MT/MCA, los médicos alopáticos y los pacientes; y la provisión de información y pautas científicas al público.

Educación y formación

Los retos en esta área son al menos dos (Tabla 11). Primero, asegurar que las cualificaciones y la formación de los proveedores de MT/MCA

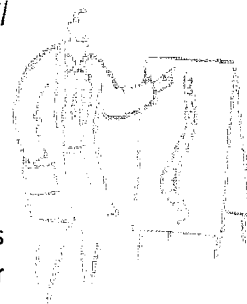
Tabla 11

Necesidades clave a la hora de fomentar el uso sólido de la MT/MCA por parte de los proveedores y los consumidores

Nacionalmente

- Directrices de formación para las terapias de la MT/MCA más comúnmente utilizadas.
- Fortalecimiento y aumento de la organización de los proveedores de MT/MCA.
- Fortalecimiento de la cooperación entre los suministradores de la MT/MCA y los médicos alopáticos.
- Información fiable a los consumidores sobre el uso correcto de las terapias y productos de la MT/MCA.
- Mejora de la comunicación entre los médicos alopáticos y sus pacientes concerniente a los usos más recientes de la MT/MCA.

sean adecuadas. Segundo, utilizar la formación para asegurar que los proveedores de MT/MCA y los médicos alopáticos comprenden y aprecian la complementariedad de los tipos de sanidad que ofrecen. Lo primero implica el establecimiento, donde sea posible, de sistemas de examen y licencias para la MT/MCA, y una legislación – de forma que sólo las personas cualificadas puedan practicar la MT/MCA o vender productos de MT/MCA. Lo segundo requiere modificar los programas de formación de los proveedores de MT/MCA para incluir elementos básicos de



atención sanitaria primaria y salud pública, y asegurar que los grados de farmacia, médico y de salud pública incluyan un componente de MT/MCA.

Uso correcto de productos de calidad asegurada

El uso correcto de productos de calidad asegurada también puede contribuir en gran medida a la hora de reducir el riesgo asociado con los productos de MT/MCA tales como las medicinas con base de hierbas. Sin embargo, la legislación y el registro de las medicinas con base de hierbas no están muy bien desarrollados en muchos países. Los productos pueden estar contaminados o variar enormemente en contenido, calidad y seguridad. El ajo, por ejemplo, del que se dice tiene efectos para reducir el colesterol, puede no producir dichos efectos si se procesa de determinadas formas⁵⁴. Al mismo tiempo, las



pautas para el control del etiquetado y la publicidad de las medicinas con base de hierbas son escasas. Lo que es más, muchas se venden directamente o como complementos para la dieta, con muy poco asesoramiento sobre su uso apropiado. Los consumidores pueden no ser conscientes de los posibles efectos adversos, y sobre cómo y cuándo se pueden consumir las medicinas con base de hierbas de forma segura. Invertir esta situación necesitará un control mucho más estricto de los productos de la MT/MCA y mayores esfuerzos para educar al público en esta área.

Información y comunicación

El uso de la MT/MCA es cada vez mayor. Sin embargo, la forma en la que se perciben sus riesgos y cómo evitarlos no ha seguido el mismo ritmo. Como resultado, es posible que los consumidores no comprendan por qué deben buscar tratamiento sólo con proveedores

adecuadamente cualificados y formados, ni porqué deben tener cuidado cuando utilicen los productos de la MT/MCA. No se entiende por ejemplo, que pueden producirse efectos colaterales tras las reacciones entre las medicinas con base de hierbas y los fármacos químicos. Por sí solo, por ejemplo, el ginseng tiene escasos efectos adversos graves, pero si se combina con la warfarina, sus riesgos de actividad antiplaquetaria puede provocar la hipercoagulación⁵⁵. De la misma forma el uso de la hierba de San Juan como antidepresivo se ha visto favorablemente comparado con un antidepresivo normal como la imipramina. Pero si la hierba de San Juan la toma un sujeto que también está tomando



indinavir, un inhibidor de la proteasa VIH, los niveles de indinavir en la sangre se ven reducidos por debajo del nivel requerido para bloquear la multiplicación VIH^{56,57}.

Sin tener conocimientos sobre la posibilidad de que se produzcan dichas interacciones, los pacientes pueden no informar a sus médicos alopáticos sobre los productos de MT/MCA que están utilizando, a la vez que los médicos alopáticos pueden no preguntarles. En EE UU, tanto para 1990 como para 1997, menos del 40% de las terapias de MCA utilizadas fueron consultadas con el médico.¹³ Al mismo tiempo, los médicos, enfermeras y farmacéuticos alopáticos, los cuales pueden ser utilizados como fuentes de información por el público en general, puede que no estén informados sobre la MCA y por lo tanto no ser capaces de responder a las dudas de los pacientes sobre las opciones del tratamiento de la MCA.

Las estrategias de información, educación y comunicación pueden superar algunos de estos problemas, y elevar la conciencia de los beneficios potenciales de la MT/MCA.

El papel actual de la OMS



Los principales objetivos actuales de la OMS en cuanto a MT/MCA son proporcionar apoyo legislativo y de programas de forma que los Estados Miembro puedan:

- desarrollar su propia MT/MCA e integrarla en sus sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, y
- asegurar el uso apropiado, seguro y eficaz de la MT/MCA.

También busca:

- aumentar el acceso — entre los Estados Miembro, la comunidad científica y el público — a una información precisa sobre los temas de MT/MCA.

Para realizar estas actividades de MT/MCA, la OMS no sólo trabaja directamente con los Estados Miembro, las organizaciones nacionales e internacionales y los cuerpos regionales, sino también con su red de Centros Colaboradores.

Algunos de los logros y actividades actuales de la OMS que se centran en satisfacer estos objetivos delineados anteriormente se enumeran debajo.

Desarrollo de la MT/MCA e integración en los sistemas de salud nacionales

La OMS está especialmente interesada en apoyar el desarrollo de la MT en África, el sudeste asiático y el Pacífico occidental. Esto incluye ayudar a los Estados Miembro a desarrollar políticas y legislaciones nacionales, facilitar el intercambio de información

regional sobre estos temas y respaldar los esfuerzos para asegurar la seguridad de los productos y la disponibilidad de recursos humanos formados y cualificados.

África

Como se menciona en el Capítulo 2 el Comité Regional de la OMS para África adoptó una resolución en el 2000 sobre la *Promoción del papel de la medicina tradicional en los sistemas de salud: una estrategia para la región africana*². La resolución reconoció la importancia y el potencial de la MT para el logro sanitario para toda la región africana y recomendó agilizar el desarrollo de la producción local de medicinas tradicionales. La resolución urgía también a los Estados Miembro a traducir la estrategia en políticas nacionales de MT realistas, respaldadas por una legislación y planes apropiados para intervenciones en el ámbito nacional y local, además de colaborar activamente con todos los asociados en su implantación y valoración.

Ahora se están empezando a ver resultados concretos como resultados del desarrollo de la estrategia. Estos resultados incluyen marcos de trabajo legales para la MT en 16 países africanos.

Américas

En 1999 un grupo de trabajo de AMRO revisó la situación y el uso de la MT (incluyendo política nacional y legislación) en su región, y propuso dos reuniones — sobre legislación de productos con base de hierbas y la investigación de la medicina indígena. La reunión

regional sobre aspectos legislativos de los productos con base de hierbas — organizada por la Sede Central de la OMS y AMRO — se celebró en el 2000 y analizó temas relacionados con la política nacional, las economías y la regulación y registro de productos con base de hierbas. Además, la OMS introdujo las guías para la valorar la seguridad y la eficacia de las medicinas con base de hierbas y los participantes adoptaron una propuesta sobre los requerimientos comunes del registro de productos con base de hierbas. Lo último fue facilitar la integración de la MT en los sistemas de salud nacionales en las Américas. La regulación y el registro de las medicinas con base de hierbas, en particular, se han establecido en: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Guatemala, México, Perú y Venezuela. La segunda reunión, sobre investigación de la medicina indígena, se celebró en marzo de 2001 en Guatemala.

"Los políticos encargados de elaborar la política sobre medicina en el ámbito mundial están reconociendo que la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales, continúa siendo una parte muy arraigada de la cultura, historia y tradición de un país, y que esas prácticas en la mayoría de las zonas deben ser analizada como parte del sistema con fano del país"

Europa

Más de 12 países de Europa occidental han establecido o revisado sus normativas sobre medicinas con base de hierbas de acuerdo con las *guías de la OMS para la valoración de medicinas con base de hierbas*. La OMS es cada vez más activa a la hora de asesorar a los países europeos sobre las normativas de las MT/MCA y sobre cómo valorar su seguridad y eficacia.

Sudeste asiático

En todo el sudeste asiático la MT es ampliamente utilizada y respetada. En 1998, la reunión de ministros de sanidad del sudeste asiático recomendó que esta "rica herencia" e "importante recurso" se utilizase de forma más eficaz durante la implantación de la atención sanitaria primaria en los países de la región. En respuesta, SEARO organizó una consulta regional sobre el desarrollo de la medicina tradicional, el año siguiente. La consulta se centró en la afianzación de los programas nacionales de MT y en el papel de la experiencia de la MT en la mejora de los sistemas de salud de los distritos. De forma adicional, se compartió información sobre política y normativas nacionales acerca de la MT. SEARO continúa respaldando de forma activa a los países individualmente en sus esfuerzos por desarrollar una política nacional sobre MT e integrar la MT en sus sistemas nacionales de salud.

En particular, la OMS ha apoyado las actividades del Departamento de Sistemas Indios de Medicina y Homeopatía, que se establecieron dentro del Ministerio de Sanidad y Bienestar Familiar Indio en 1995. Durante 1998 y 1999, el Departamento incrementó sus esfuerzos para estandarizar y fomentar el control de calidad de la medicina ayurveda, unani, siddha y homeopática. Concluyó también las guías de buena práctica de elaboración para la medicina ayurveda además de fomentar la educación sobre MT india.

Pacífico occidental

El Pacífico occidental también cuenta con una rica herencia en MT, que sus países quieren optimizar. En las reuniones de 1997 y 1998 de los ministros de sanidad del Pacífico occidental, los participantes reiteraron su total apoyo a la más amplia aplicación y desarrollo de la MT en esforzarse por mejorar el estado sanitario.

La Oficina Regional para el Pacífico occidental (WPRO) no sólo respalda a aquellos países que están elaborando borradores nacionales sobre

política y normativas sobre MT, sino que también facilita la integración de la MT en los sistemas de salud. Por ejemplo, la OMS ayudó a elaborar el borrador legislativo, firmado el 8 de diciembre de 1997, en el que se creaba el Instituto Filipino de Atención Tradicional y Alternativo. También se asoció con Papua Nueva Guinea en la preparación de una política nacional sobre MT que desde entonces se ha incorporado en el plan sanitario 2001–2010 del país. Esta política identifica la investigación en materia de MT como una prioridad. En Singapur, el Acta de los Practicantes de Medicina Tradicional China, incorpora diversas recomendaciones hechas por la WPRO sobre legislación de practicantes, pasó al Parlamento en el año 2000.

Cada vez con más los gobiernos de países u áreas en la región (regiones del Pacífico occidental en la OMS) ya han mostrado su interés de fomentar el desarrollo de la medicina tradicional y de integrarla en el sistema sanitario formal.

Algunos más los países y áreas en la región ya han desarrollado documentos gubernamentales oficiales que reconocen la medicina tradicional y su práctica. Esto contrasta con la situación de esos países antes como los cuatro países (China, Japón, la República de Corea y Vietnam) reconocer oficialmente el papel de la medicina tradicional en los sistemas de salud de salud.

Mientras tanto, en las universidades de Australia, China, Hong Kong (China), Japón, la República de Corea y Vietnam, se ofrecen cursos de graduación a tiempo completo sobre MT, muchos de los cuales se han beneficiado de la aportación de la WPRO.

Otras actividades de la WPRO incluyen el desarrollo, en 1997, de las *Guías para el Uso Apropiado de la Medicina con Base de Hierbas*, para fomentar el uso apropiado de

medicinas con base de hierbas por países en la región. Las guías pueden utilizarse para ayudar a formular políticas y programas nacionales sobre medicinas con base de hierbas. La creación e implantación de políticas nacionales sobre MT es un hecho en el área en la que WPRO se está implicando cada vez más. En 1999, un taller de trabajo de la WPRO sobre el desarrollo de políticas nacionales de MT revisó el papel de la MT en el Pacífico occidental e identificó problemas en el borrador de la política gubernamental relevante. A finales de 1999 una consulta de la WPRO sobre medicina alopática y MT examinó cómo armonizar los dos tipos de atención sanitaria para lograr el máximo impacto sanitario. En el año 2000, un taller de trabajo de la OMS sobre la práctica de la MT y el desarrollo del sector sanitario elaboró un borrador de un plan de acción sobre medicina tradicional para 20 países de las Islas del Pacífico.

Asegurar el uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional

Las terapias de la MT/MCA a menudo se desarrollan dentro de un entorno cultural muy específico. Aunque cada vez más, se transfieren a otros entornos culturales. Esto hace surgir temas sobre seguridad y eficacia. Por ejemplo, ¿las terapias que se transfieren se aplican dentro del mismo grado de formación, habilidad y conocimiento que su entorno original? La acupuntura es un caso a destacar. Ahora se practica ampliamente en muchos países aparte de en China — su país de origen — probablemente la acupuntura se ha convertido en una de las terapias de MT/MCA más populares del mundo. La OMS ha trabajado con expertos en acupuntura para proponer una nomenclatura internacional estándar. Esto se acepta



ahora ampliamente. La OMS también ha desarrollado las *Guías sobre la Formación y Seguridad Básicas en Acupuntura y las Guías para el Estudio Clínico sobre Acupuntura*. Estas guías alientan a las autoridades sanitarias nacionales a regular la práctica y el estudio de la acupuntura.

De la misma forma, los productos de MT/MCA, en particular las medicinas con base de hierbas, se comercializan interregional e internacionalmente. Muchas autoridades sanitarias están preocupadas en cuanto al uso racional y seguro, en particular si falta de legislación relevante y por no poder asegurar la calidad y la seguridad de esos productos. La OMS ha respondido elaborando documentos de referencia tales como *Métodos de Control de Calidad para Materiales Elaborados con Plantas Medicinales*, para no sólo facilitar el trabajo técnico de las autoridades encargadas de regular los fármacos sino también para alentar a los países a llevar a cabo controles de calidad de las medicinas con base de hierbas.

Herramientas y asistencia de la OMS

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, se han establecido institutos de MT — como en China, la República Popular Democrática de Corea, Ghana, India, Indonesia, la República Popular de Laos, Mali, Madagascar, Nigeria, la República de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Vietnam. La OMS no sólo proporciona guías e información científica para respaldar su investigación, sino que también concede ayudas para la investigación en seguridad y eficacia en el uso de la MT/MCA. En África, la OMS ha respaldado a un total de 21 países en sus investigaciones sobre terapias de MT. Por ejemplo, ha proporcionado ayudas para la investigación a fin de respaldar el estudio clínico de medicamentos antimaláricos con base de hierbas que se están llevando a cabo en el Instituto de Investigación Médica de Kenia, en el



Centro Nacional de Ghana para el Estudio Científico de Medicinas con Base de Plantas y en el Instituto Nacional de Nigeria para la Investigación y Desarrollo Farmacéutico. El estudio está siguiendo las *Guías Generales de la OMS para Metodologías sobre el Estudio y Valoración de la Medicina Tradicional*.

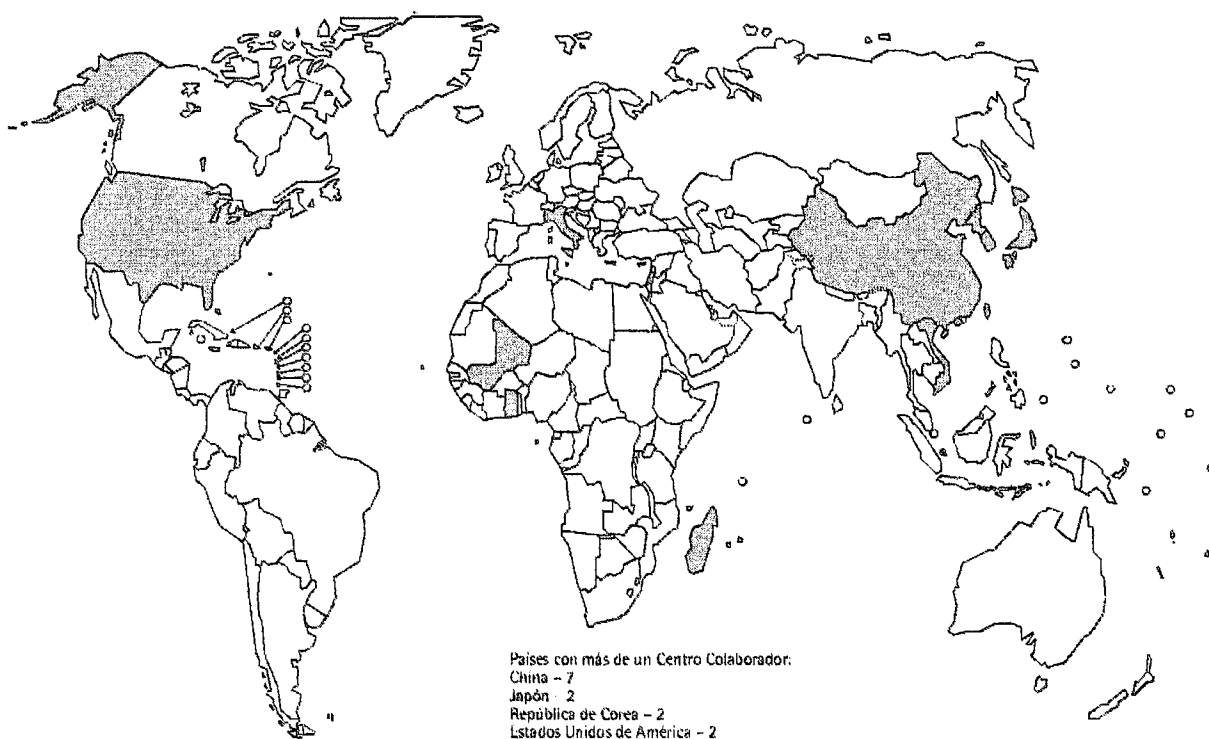
Colaboración con otras organizaciones

El trabajo de la OMS para fomentar el uso apropiado, seguro y eficaz de la MT/MCA se beneficia del aporte técnico de diversas organizaciones, tanto nacionales como internacionales. La NCCAM en EE UU, por ejemplo, fue designado en 1996 un Centro OMS de Colaboración para la Medicina Tradicional. Ha proporcionado no sólo comentarios técnicos sobre el desarrollo de Monográficos de la OMS sobre *Plantas Medicinales Seleccionadas y Guías sobre Formación y Seguridad Básicas en Acupuntura*, sino también apoyo económico para el desarrollo de documentos tales como las *Guías Generales para Metodologías sobre Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional*.

En Europa, la colaboración se ha producido con el Grupo de Trabajo sobre Productos Médicos con Base de Hierbas de AEEM. El grupo ha ayudado en la preparación de *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas, Guías Generales para Metodologías sobre la Investigación y Valoración de la Medicina Tradicional y Guías para la Valoración de Medicinas con Base de Hierbas*. Como resultados, los países europeos están alentando el uso de documentos técnicos de la OMS sobre MT/MCA.

La OMS también trabaja con sus Centros Colaboradores de Medicina Tradicional para llevar a cabo actividades nacionales, regionales y globales. (En el Anexo 1 aparece una lista completa de estos Centros Colaboradores de la OMS). Los Centros Colaboradores de la OMS para la Medicina Tradicional acuerdan fomentar su MT por medio de programas de investigación y formación (Figura 12). También acuerdan proporcionar comentarios e información

Figura 12
Centros OMS Colaboradores para la Medicina Tradicional – un recurso creciente



técnica a fin de respaldar el desarrollo de guías y documentos técnicos de la OMS, y a petición de la OMS, expertos en acupuntura y en el estudio de habilidades para investigar la seguridad y eficacia de las medicinas con base de hierbas.

Aumento del acceso a la información sobre MT/MCA

Con 191 Estados Miembro, implicados en una amplia gama de actividades de MT y acceso directo a la experiencia en muchos temas de MT, la OMS se encuentra en una situación ideal para ayudar a aumentar el acceso a información precisa sobre MT. Esto incluye producir trabajos de referencia autorizados – por ejemplo sobre plantas medicinales – y pautas sobre política, formación y buena práctica nacionales, además de la selección y uso de terapias (véase el Anexo 2). La Organización también facilita cada vez más el intercambio de información.

Información autoritaria

Los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas* proporcionan información científica sobre seguridad, eficacia y control de la calidad de plantas medicinales ampliamente utilizadas. Éstos incluyen sumarios concisos de características botánicas de las plantas medicinales, listados de los principales integrantes químicos de las plantas e instrucciones sobre cómo asegurar el control de la calidad de los materiales con base de hierbas derivados de las plantas. Los *Monográficos* también resumen el uso médico en tres categorías: farmacología; posología; contraindicaciones y precauciones frente a reacciones potencialmente adversas. Una referencia clave para las autoridades sanitarias nacionales, los científicos y las empresas farmacéuticas, también los utilizan personas laicas para obtener un uso racional de las medicinas con base de hierbas. De manera adicional, Estados Miembro de la OMS tan diversos como Benin, México, Sudáfrica y Vietnam han utilizado los *Monográficos* como

modelo a la hora de desarrollar sus propios monográficos o formularios nacionales. La Comisión Europea ha recomendado el Volumen 1 a sus propios Estados Miembro como una referencia autoritaria.

Aunque la responsabilidad general del contenido y producción de los *Monográficos* descansa con la OMS, no obstante son un esfuerzo de colaboración que ha mejorado su precisión y fiabilidad. Hasta la fecha, más de 200 expertos, además de los miembros de la Junta Asesora de Expertos de la OMS sobre Medicina Tradicional y más de 50 autoridades nacionales sobre fármacos, se han implicado en su preparación. El Volumen 1 del *Monográfico* se publicó en 1999 y desde entonces se ha distribuido ampliamente. El Volumen II se publicó en 2001 y el Volumen III estará finalizado hacia finales del 2001.

La *Situación Normativa de Medicinas con Base de Hierbas: Revisión Mundial* ha sido también un esfuerzo de colaboración — entre la OMS y muchos de sus Estados Miembro. Proporciona información de 50 países sobre la legislación en materia de medicinas con base de hierbas, este trabajo de referencia sirve como guía a las autoridades sanitarias en sus países para la legislación y registro de las medicinas con base de hierbas. Los institutos de investigación y la industria farmacéutica también encuentran la Revisión de utilidad.

Métodos de Control de Calidad para los Materiales de Plantas Medicinales es otra referencia clave recientemente producida por la OMS.

Facilitar el intercambio de información

Además de elaborar sus propias publicaciones y documentos ampliamente disponibles, la OMS también facilita el intercambio de información a través de sus Centros Colaboradores de Medicina Tradicional. Las dudas recibidas de las autoridades nacionales sanitarias, de científicos y del público se responden en cooperación con esos Centros Colaboradores de la OMS.

El Centro Colaborador de Medicina Tradicional de la OMS en el Colegio de Farmacia de la Universidad de Illinois en Chicago, cuenta con una base de datos sobre plantas medicinales que contiene información codificada sobre productos naturales de 150 750 referencias. Esta base incluye referencias relacionadas con la etnomedicina, farmacología de extractos y compuestos puros y fitoquímica. Desde 1994, el Centro ha proporcionado valiosa ayuda para la elaboración de los tres volúmenes de los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*. También ha proporcionado información gratuitamente a países en vías de desarrollo. En el año 2000, la Sede Central de la OMS atendió 10 182 solicitudes procedentes de países en vías de desarrollo y las Oficinas Regionales de la OMS proporcionaron 407 840 referencias (Tabla 12).

De la misma forma, los Centros Colaboradores de Medicina Tradicional de la OMS en China (el Instituto de Ciencia Clínica e Información, la Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing), la República de Corea (Instituto

Tabla 12

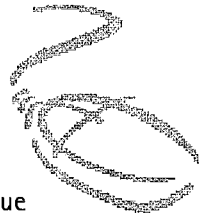
Intercambio de información a través del Centro Colaborador de Medicina Tradicional de la OMS en el Colegio de Farmacia de la Universidad de Illinois en Chicago

Sede Central u Oficina Regional de la OMS	Número de solicitudes recibidas	Número de referencias suministradas en respuesta
Sede Central	171	17 396
Oficina Regional de África	1 759	31 238
Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental	28	1 784
Oficina Regional para las Américas/Organización Panamericana de la Salud	5 135	131 760
Oficina Regional para el Sudeste Asiático	2 801	179 113
Oficina Regional para el Pacífico Occidental	288	46 549

de Investigación de Productos Naturales, Universidad Nacional de Seúl) y EE UU (El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, los Institutos Sanitarios, Bethesda, Maryland) también mantiene una base de datos de información sobre MT/MCA que juega un importante papel y un role visible a la hora de proporcionar información científica tanto para proveedores como para el público.

Por último pero no por ello menos importante, la Sede Central y las Oficinas Regionales de

la OMS están organizando una serie de páginas web sobre MT/MCA a fin de proporcionar información sobre políticas nacionales de MT/MCA, legislaciones que gobiernan la práctica y uso de la MT/MCA, y datos de investigación sobre seguridad, eficacia y uso de terapias de MT/MCA.



Recursos internacionales y nacionales para la medicina tradicional

M

aximizar el potencial que ofrece la MT/MCA para mejorar el estado sanitario mundial es una tarea desalentadora, que cubre diversas gamas de actividades y exige una experiencia muy amplia. Afortunadamente, el número de organizaciones que

El reconocimiento por parte de los gobiernos de la importancia de la medicina tradicional para la sanidad de las poblaciones, en la Región y la creación de un entorno propicio, con la meta para la optimización del uso de la medicina tradicional. Es necesario contar con el compromiso político sostenible y el apoyo de los políticos, de los practicantes de la medicina tradicional, de las ONGs, de las asociaciones profesionales, de la comunidad, de las instituciones de enseñanza y formación y de los demás actores, a través del apoyo y la utilización del marketing social y los métodos de participación.

trabajan en temas relacionados con la MT/MCA y cuya ayuda puede solicitar la OMS, es cada vez mayor. Algunas de esas organizaciones se describen a continuación. También se ofrece una indicación de cualquier colaboración que ya ha tenido lugar entre esas organizaciones y la OMS.

Agencias de la ONU

La Convención sobre Comercio Internacional en Especies de Flora y Fauna en Peligro (CITES) (<http://www.cites.org/index.html>) entró en vigor en julio de 1975 y ahora es miembro de 125 países. Estos países actúan prohibiendo la explotación comercial de una lista acordada de especies de flora y fauna en peligro además de regular y controlar el comercio de otras especies que pudieran estar en peligro. La Secretaría de la Convención está administrada por el Programa de Medio Ambiente de la Organización de las Naciones Unidas y ayuda a los países a implementar la CITES por medio de la interpretación de sus provisiones, y asesoría sobre su implantación. La Secretaría también lleva a cabo proyectos para ayudar a mejorar la implantación, tales como seminarios de formación y a examinar el estado de las especies que se comercializan a fin de asegurar que su explotación se realiza dentro de unos límites sostenibles.

El mandato de la Organización para la Alimentación y la Agricultura de la Organización de Naciones Unidas (FAO) (<http://www.fao.org/>) es aumentar los niveles de nutrición y de vida, mejorar la productividad agrícola y las condiciones de las poblaciones rurales. Una prioridad específica de la organización es alentar la agricultura y el desarrollo rural sostenibles, incluyendo estrategias a largo plazo para la conservación y gestión de los recursos naturales. Desde la década de los 80, el Departamento Forestal de la FAO ha estado elaborando una serie de documentos sobre productos forestales no madereros —

algunos de los cuales incluyen plantas medicinales — con información sobre políticas nacionales, conservación y datos y actividades de estudio relacionadas. La FAO ha colaborado con la OMS en el desarrollo de los últimos *Monográficos sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*, ofreciendo datos sobre investigaciones.

Las principales metas de la Conferencias de la Organización de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) (<http://www.unctad.org/>) son maximizar las oportunidades de comercio, inversiones y desarrollo existentes en países en vías de desarrollo, y ayudarles a hacer frente a los desafíos que surjan de la globalización. Muchos de los productos mundiales están basados en el conocimiento tradicional y representan una importante fuente de ingresos, alimentos y atención sanitaria. De la misma forma, la mayoría de los recursos genéticos de las plantas y de otras formas de biodiversidad originarios de o que se encuentran en los países en vías de desarrollo. UNCTAD está muy implicada en el tema de la protección de los conocimientos tradicionales. En la actualidad, está atendiendo al problema de la malversación de conocimientos sobre MT. La colaboración entre UNCTAD y la OMS se encuentra en sus primeras etapas pero en el año 2000 la OMS acudió a la Reunión de Expertos sobre Sistemas y Experiencias Nacionales para la Protección de los Conocimientos, Innovaciones y Prácticas Tradicionales de la UNCTAD, y una representación de la UNCTAD acudió al Taller de Trabajo Inter-regional sobre Derechos de Propiedad Intelectual en el Contexto de la Medicina Tradicional de la OMS, celebrado en Bangkok.

La Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) (<http://www.unido.org/>) ayuda a los países en vías de desarrollo y a las economías de transición a obtener un desarrollo industrial sostenible. En particular, gestiona los temas asociados con la economía competitiva, medio ambiente sólido y empleo productivo en el ámbito político,

institucional y empresarial. En 1986 una reunión de expertos de ONUDI recomendó el fomento e incorporación de la investigación, desarrollo y distribución de medicinas con base de hierbas en los sistemas de salud, especialmente en los países en vías de desarrollo. La Tercera Consulta ONUDI sobre la Industria Farmacéutica, en 1987, recomendó que ONUDI respaldase el uso industrial de plantas medicinales, incluyendo la producción empresarial de medicinas con base de hierbas y el desarrollo de tecnología para estandarizar la producción de medicinas con base de hierbas. En la actualidad ONUDI apoya a los países en vías de desarrollo en sus esfuerzos por construir una capacidad industrial para producir medicinas con base de hierbas. ONUDI ha participado en una consulta de la OMS para desarrollar los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*.

La Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) (<http://www.wipo.org/>) está "dedicada a fomentar el uso y protección de los trabajos del espíritu humano". Administra 21 tratados internacionales que tratan los distintos aspectos de la protección de la propiedad intelectual. En 1998, los Estados Miembro de la OMPI solicitaron a la Organización que diera inicio a un programa de trabajo sobre propiedad intelectual y conocimientos tradicionales. Desde entonces, la OMPI ha dirigido el Seminario de la Región Asiática sobre Temas de Propiedad Intelectual en el Campo de la Medicina Tradicional (celebrado en Nueva Delhi, en octubre de 1998), y ha trabajado con la UNEP en dos casos de estudio sobre el papel de los derechos de propiedad intelectual a la hora de compartir los beneficios surgidos del uso de las plantas medicinales y de los conocimientos asociados sobre MT. También ha llevado a cabo misiones de descubrimientos de hechos sobre propiedad intelectual y conocimientos tradicionales (1998-1999) y ha presidido dos mesas redondas sobre propiedad intelectual y conocimientos tradicionales. También ha desarrollado una Biblioteca Digital de Conocimientos Tradicionales (TKDL), que incluye información sobre

unas 50 plantas medicinales y conocimientos tradicionales asociados. La OMPI ha invitado a la OMS ha cooperar en el desarrollo de TKDL.

Organizaciones Internacionales

La **Secretaría de la Commonwealth** (<http://www.thecommonwealth.org/>) es la principal organización de la Commonwealth, una asociación voluntaria de estados soberanos independientes, que incluye tanto naciones desarrolladas como naciones en vías de desarrollo. Además de buscar la promoción de la democracia y el buen gobierno, y de servir como plataforma para la construcción del consenso global, la Commonwealth es una fuente de ayuda práctica para el desarrollo sostenible. Esto último ha incluido recientemente la promoción de la producción de medicinas con base de hierbas. La Secretaría ha proporcionado fondos limitados para apoyar a países africanos anglófonos para la elaboración de medicinas con base de hierbas y a finales del año 2000 organizó un Foro sobre Plantas Medicinales en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. El Foro exploró las formas de mejorar y alentar el cultivo y conservación de las plantas a fin de aumentar la producción de remedios con base de hierbas que ofrezcan una medicina asequible, especialmente en el continente africano. El Foro también trató temas relacionados con el comercio tales como fronteras sin tarifas, legislación y licencias, patentes y calidad. La Secretaría lanzó *Una Guía para el Mercado Europeo de Plantas y Extractos Medicinales* en el mismo Foro. Detallando el crecimiento y desarrollo de la industria de hierbas europea, la guía incluye información práctica para los productores y exportadores de plantas medicinales.

La **Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM)** (<http://www.emea.eu.int/>) contribuye a la protección y fomento de la salud pública y animal a través de sus esfuerzos para asegurar la valoración de gran

calidad de productos medicinales; el desarrollo eficaz y procedimientos transparentes para facilitar el acceso sin limitación de tiempo por parte de los usuarios a medicinas innovadoras; y controlar la seguridad de medicinas para humanos y animales, en particular mediante su red de farmacovigilancia. En 1997, la AEEM estableció un Grupo de Trabajo sobre Productos Medicinales con Base de Hierbas. El grupo actúa como un foro para los Estados Miembro a fin de intercambiar información y experiencia sobre productos medicinales con base de hierbas. También fomenta el desarrollo de una interpretación común de la legislación existente en esta área y proporciona orientación a las autoridades nacionales encargadas de la regulación de fármacos sobre los temas relacionados con las medicinas con base de hierbas. De manera adicional, el Grupo está preparando propuestas para la revisión y desarrollo de nuevas pautas y requerimientos para asegurar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos medicinales con base de hierbas.

Fundada en 1989, la **Cooperativa Científica Europea sobre Fitoterapia (ESCOP)** (<http://info.ex.ac.uk/phytonet/escop.html>) se centra en el avance del estado científico de las fitomedicinas^h y en ayudar en la armonización de su estado legislativo en el ámbito europeo. El Comité Científico de la ESCOP ha completado varios monográficos europeos que resumen los usos medicinales de las plantas (incluyendo su seguridad). La ESCOP considera esta actividad esencial para la armonización. Para 1992 se habían publicado quince monográficos. Desde entonces, la atención se ha centrado en la elaboración de sumarios de las características de los productos sobre fármacos de plantas individuales, principalmente para las cuales ya existen monográficos farmacológicos europeos o nacionales. La secuencia de tópicos en cada sumario está diseñada para destacar los aspectos clínicos de los fármacos de las

^h ESCOP define las fitomedicinas como "productos medicinales que contienen como ingredientes activos plantas, partes de las plantas o materiales de plantas, o combinaciones, tanto en crudo como en estado procesado".

plantas relevantes, incluyendo datos farmacodinámicos, farmacocinéticos y seguridad preclínica.

La Unión Europea (UE) (<http://userpage.chemie.fu-berlin.de/adressen/eu.html>) es la unión de 15 estados independientes con base en las Comunidades Europeas y se fundó para aumentar la cooperación política, económica y social. Los Estados Miembro delegan la soberanía para determinados asuntos a instituciones independientes que representan los intereses de la UE como un conjunto, de sus países miembro y de sus ciudadanos. La UE se centra en dos aspectos de la MT/MCA: política y legislación y estudio de la medicina "no convencional". Un proyecto recientemente finalizado COST (Cooperación Europea en el campo de la investigación Científica y Técnica) examinó las diferencias entre la medicina llamada convencional y la medicina no convencional en términos de conceptos, investigación y práctica, las razones para la creciente popularidad de la medicina no convencional y las implicaciones de ésta para la medicina convencional, y el estado actual de la investigación en medicina no convencional.

El Banco Mundial (<http://www.worldbank.org/>) es la principal fuente mundial de ayuda al desarrollo, proporcionando casi 17 mil millones de dólares estadounidenses en préstamos anualmente a sus países cliente. Utilizando sus recursos económicos, su personal y su base de conocimientos busca ayudar a los países en vías de desarrollo a conseguir un crecimiento estable, sostenible y equitativo en la lucha contra la pobreza. En la actualidad, esto incluye ayuda a diversos países en vías de desarrollo con políticas y estrategias para la conservación, cultivo, procesamiento y comercialización de plantas medicinales. De manera adicional, el Banco opera un Programa sobre Conocimiento Indígena (IK) (véase <http://www.worldbank.org/afr/ik/index.hym>), que se centra en el conocimiento indígena/tradicional en agricultura,

sanidad, preparación de alimentos, educación, gestión de los recursos naturales y otras muchas áreas de preocupación para las comunidades, en las actividades de patrones de desarrollo. Para lograr esta meta se están utilizando distintas estrategias. Entre ellas se incluye una base de datos sobre conocimientos y prácticas indígenas/tradicionales y una serie de "Notas IK". El Programa también respalda centros de recursos en todo el continente africano, centros dirigidos a la identificación y diseminación de los conocimientos y las prácticas indígenas/tradicionales. Trabajando con los gobiernos y los socios locales, el Programa también ha empezado a ayudar en la aplicación de IK en proyectos del Banco Mundial y en programas nacionales de desarrollo.

La Organización Mundial del Comercio (OMC) (<http://www.wto.org>) es la organización internacional encargada de establecer las normas legales para el comercio internacional. Aunque la OMC se hizo oficialmente operativa en junio de 1995, es la sucesora del sistema de comercio multilateral del Acuerdo General sobre Tarifas y Comercio fundado en 1947. Sus objetivos son el fomento de la no-discriminación, la liberalización progresiva de las barreras comerciales, políticas y transparencia predecibles, competencia, y provisión especial para los países en vías de desarrollo. El Consejo de la OMC para el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio acordó el estado observador de la OMS sobre unas bases ad hoc. La OMS puede ahora controlar todos los temas relevantes de debate de la OMC que pudieran tener implicaciones en el sector sanitario. (Desde mayo de 1999 la OMS ha sido encomendada para supervisar y analizar las implicaciones de salud pública de los acuerdos comerciales sobre farmacéuticos). En el año 2000, la OMS y la OMC celebraron un taller de trabajo internacional sobre Precios Diferenciales y Financiación de Fármacos Esenciales.

¹ El Acuerdo se conoce comúnmente como "ADPIC".

Organizaciones no gubernamentales

En el ámbito mundial, muchas organizaciones no gubernamentales (ONG) están trabajando en MT/MCA. A continuación se ofrecen algunos ejemplos.

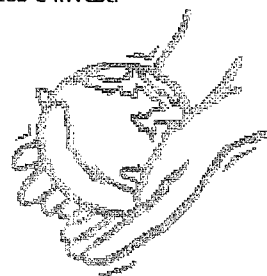
Mediante la preparación, mantenimiento y fomento al acceso de revisiones sistemáticas de los efectos de las intervenciones sanitarias, la Colaboración Cochrane (<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/>) se centra en ayudar a las personas a tomar decisiones bien informadas sobre salud. Cochrane Fields son grupos Cochrane centrados en las dimensiones sanitarias no relacionadas con problemas de salud, como la situación de la atención (p. e. atención primaria), el tipo de consumidor (p.e. personas mayores), el tipo de proveedor (p.e. enfermeras) o el tipo de intervención (p.e. terapias físicas). Las personas que trabajan en un Field investigan en revistas especializadas, ayudan a asegurar que las prioridades y perspectivas se reflejan en su campo de interés en el trabajo de grupos colaboradores de revisión, compilan bases de datos especializadas de revisiones, coordinan actividades con agencias relevantes fuera de la Colaboración y comentan las revisiones sistemáticas relacionadas con su área particular. El Cochrane Complementary Medicine Field se estableció en 1996 para producir, mantener y diseminar las revisiones sistemáticas sobre tópicos de MT/MCA.

La misión de la Fundación Ford (<http://www.fordfound.org/>) es la de "hacer disminuir la pobreza y fomentar la justicia en todo el mundo". Respaldar a ONG, colegios, universidades, institutos de investigación, grupos culturales y organizaciones gubernamentales. Está especialmente interesada en la epidemia de VIH/SIDA en África, y cree que la epidemia de SIDA en África no puede tratarse sin la colaboración activa de los sanadores tradicionales y de las organizaciones de MT. Una de sus principales cesionarios es PRO.ME.TRA (véase a continuación), con el que trabaja

para llevar a cabo actividades de MT en el África anglófona y francófona.

Con base en Dakar, Senegal, y con oficinas en Benin, Camerún y EE UU, PRO.ME.TRA — la Asociación para la Promoción de la Medicina Tradicional (<http://www.prometra.org>) — trabaja para avanzar el uso y la aceptación de la MT. Además de tener en funcionamiento una asociación de 450 sanadores certificados y de una clínica para el tratamiento en Fatick, Senegal, elabora información educativa sanitaria para luchar con el VIH/SIDA. Su estrategia de comunicación incorpora el uso de tecnología de impresión, tecnología de medios electrónicos y tecnología digital por satélite además de estar implementando ayuda de la Foundation du Présent en Ginebra, Suiza y la Fundación Mundial del Espacio en EE UU.

El Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF) (<http://www.panda.org/>) es la principal organización independiente para la conservación. Al igual que la Unión Mundial para la Conservación (IUCN) (<http://www.iucn.org/>), WWF trabaja para ayudar a las sociedades de todo el mundo en la conservación de la integridad y diversidad de la naturaleza, y para asegurar el uso equitativo y ecológicamente sostenible de cualquier recurso natural. Esto incluye proyectos e investigaciones sobre la gestión de productos forestales no madereros, que comúnmente incluye plantas medicinales. Ambas organizaciones han



mostrado cómo la demanda masiva de corteza, raíces y plantas de las poblaciones silvestres de plantas medicinales puede provocar declives críticos en la población de algunas especies, conduciendo potencialmente a su extinción. Destacando dicha preocupación las dos Organizaciones han unido a conservacionistas y a usuarios de recursos para investigar posibles soluciones y para estudiar el cultivo sostenible de plantas

medicinales. Ambas Organizaciones han desarrollado pautas sobre cómo conservar las plantas medicinales.

Asociaciones profesionales globales

La Liga Medicorum Homeopathica Internationalis (LMHI) (Liga Internacional Médica Homeopática) (LMHI) (<http://www.lmhi.net/>) se fundó en 1925 y representa a unos 8000 homeópatas de 50 países. Sus objetivos son respaldar a los países miembro en sus esfuerzos por asegurar el reconocimiento legal de la homeopatía, crear lazos de unión entre homeópatas con licencia y diplomas médicos y proporcionar ayuda y apoyo a las organizaciones homeopáticas nacionales en educación homeopática, investigación sobre homeopatía y documentación de prácticas homeopáticas. También promueve el reembolso del tratamiento homeopático dentro de los programas de la seguridad social.

Fundada en 1987, la Federación Mundial de Acupuntura – Sociedades de Moxibustión (WFAS) (<http://www.int/jina-ngo/ngo/ngo194.htm>) cuenta con casi 60.000 miembros de 73 organizaciones de acupuntura procedentes de 40 países de diversas regiones. De estos miembros, el 70% (35.000) son doctores en medicina o se han graduado en colegios y universidades de MT oficialmente reconocidos por el gobierno nacional (como sucede en China, la República de Corea y Vietnam). Los miembros restantes son acupunturistas con licencia para su práctica. WFAS promueve el entendimiento y la cooperación entre los grupos de acupuntura-moxibustión de todo el mundo, refuerza los intercambios académicos sobre acupuntura-moxibustión y contribuye al desarrollo de la ciencia de la acupuntura-moxibustión. WFAS ha trabajado con la OMS para desarrollar las guías técnicas y los estándares internacionales de la OMS sobre temas asociados con la acupuntura-moxibustión. Esto incluye la contribución en

diversos documentos técnicos de la OMS sobre acupuntura.

La Federación Mundial de Quiropráctica (WFC) (<http://www.wfc.org/>) trabaja con organizaciones nacionales e internacionales para ofrecer información y otro tipo de ayuda en los campos de la quiropráctica y la salud mundial; promover un nivel alto y uniforme de educación, investigación y práctica quiropráctica, trabajar para desarrollar una opinión pública informada entre todas las personas respecto a la quiropráctica, y a petición ofrecer asesoramiento sobre la legislación apropiada para la quiropráctica en los países miembro. Las actividades actuales con la OMS incluyen la investigación sobre el dolor de espalda y la recogida de información sobre la normativa y registro de la práctica de la quiropráctica por países. Posteriormente ayudará a la OMS a revisar y documentar el estado legal de la MT.

En 1970 se fundó una federación de 54 asociaciones miembro, la Industria Mundial de la Automedicación (WSMI) (<http://www.wsmi.org/guide.html>) que representa a fabricantes y distribuidores de medicinas sin receta — que son medicamentos de venta sin receta médica — una gran proporción de las cuales son medicinas con base de hierbas. Muchas empresas que desarrollan, fabrican y comercializan medicinas con base de hierbas pertenecen a las asociaciones miembro de la WSMI. La WSMI alienta el desarrollo de las asociaciones industriales de automedicación para fomentar el entendimiento y desarrollo de una automedicación responsable. De echo, precisa asociaciones miembro para desarrollar e implementar códigos voluntarios de práctica publicitaria y alienta el etiquetado responsable para con el consumidor. WSMI tiene una relación oficial con la OMS desde 1977 y ha trabajado con la Organización en el desarrollo de pautas para la valoración de medicinas con base de hierbas y una metodología para el estudio y la valoración de las medicinas con base de hierbas. Asimismo, ha contribuido al estudio de datos que respalden el desarrollo

de los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*.

Asociaciones profesionales internacional y nacionales

Son muchas las diferentes asociaciones profesionales internacionales que respaldan las actividades de la OMS. La Organización Islámica para las Ciencias Médicas (IOMS) (<http://www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo192.htm>), por ejemplo, planea trabajar con la OMS en la preparación de un manual sobre el uso de las plantas medicinales. La medicina islámica incorpora la medicina occidental moderna pero su quinto criterio de "utilización de todos los recursos útiles" significa que también desean considerar cualquier tratamiento potencialmente útil, incluyendo terapias de MT/MCA, tales como el tratamiento con medicinas con base de hierbas. IOMS estableció el Centro de Investigación sobre Medicina con Base de Hierbas en Kuwait. Una organización no lucrativa que extiende sus servicios a todos aquellos que busquen tratamiento con medicinas con base de hierbas y otros productos.

Otras muchas organizaciones profesionales nacionales trabajan con la OMS. Las organizaciones profesionales nacionales incluyen asociaciones de practicantes de MT en África y Asia. Por ejemplo, hay 22 asociaciones de practicantes de MT en el África Subsahariana. En China, las asociaciones profesionales nacionales existen para aquellos que practican tanto medicina alopatía como MT, para

practicantes de terapias manuales y para especialistas en nutrición y alimentos sanos. En India, las asociaciones profesionales existen desde hace mucho tiempo para los practicantes de ayurveda, unani, sidha y homeopatía.

Iniciativas específicas

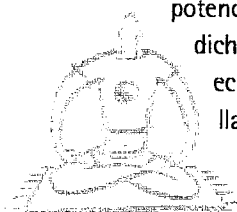
La Iniciativa Global para los Sistemas Tradicionales (GIFTS) de Salud (<http://users.ox.ac.uk/~gree0179/>) está respaldada por la Secretaría de la Commonwealth (véase la Sección 4.2). Busca elevar la conciencia internacional sobre el papel de los sistemas de salud tradicionales y fomentar el desarrollo de una política para asegurar su uso continuado. Este trabajo incluye el desarrollo de lazos entre los sistemas de salud tradicionales, la conservación de la biodiversidad y el desarrollo económico.

La Iniciativa para el Estudio de Métodos Tradicionales contra la Malaria (RITAM) (http://mim.nih.gov/english/partnerships/ritam_application.pdf) se lanzó en 1999 como una colaboración entre la OMS, la Iniciativa Global para los Sistemas Tradicionales de Salud (GIFTS), la Universidad de Oxford e investigadores de todo el mundo que investiguen o estén interesados en las propiedades contra la malaria de las plantas, con un punto de vista para desarrollar o validar las medicinas locales con base de hierbas a fin de evitar y/o tratar la malaria. RITAM celebró su reunión inaugural en diciembre de 1999 en Moshi, Tanzania.

Estrategia y plan de acción
2002-2005

Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en poblaciones pobres y marginadas es una de las direcciones estratégicas de la OMS para 2002-2005.⁶⁰ Puesto que la MT es una forma de atención sanitaria muy accesible y asequible en muchos países con ingresos bajos, la OMS está promoviendo su inclusión — donde la seguridad y eficacia es algo probado — en planes para mejorar el estado sanitario.

Al mismo tiempo, la población global anciana está teniendo mayor incidencia de enfermedades crónicas y la MT/MCA ofrece medios potenciales para la curación de dichas enfermedades. De



hecho, en los países desarrollados cada vez son más las personas que hacen uso de la MT/MCA — en combinación con o en lugar de la medicina alopática — para ayudar a aliviar el dolor crónico y/o mejorar la calidad de vida.

Sin embargo a fin de asegurar el uso óptimo de la MT/MCA deben lograrse varios objetivos. Al mismo tiempo, los recursos de la OMS son limitados y los esfuerzos deben dirigirse a asegurar que la salud del gran público llega a un número mayor de usuarios. Los objetivos específicos sobre MT/MCA para 2002-2005 son respaldar a los países:

- integrando la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiadoⁱ, mediante el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales de MT/MCA
- fomentando la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y proporcionando asesoría sobre pautas, normativas y controles de calidad
- aumentando la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso a la misma de las poblaciones pobres
- fomentando el uso terapéutico sólido y apropiado de la MT/MCA tanto de proveedores como de consumidores.

Cada uno de estos objetivos incorpora dos o tres componentes, con resultados esperados (Tabla 13). También se ha incluido un indicador crítico para cada objetivo y se utilizará para ayudar a valorar el trabajo de la OMS en esta área. De manera adicional, se llevarán a cabo diversas encuestas relacionadas con la política de la MT/MCA, regulación y uso de la MT/MCA, en cooperación con los Estados Miembro y las ONG para valorar el progreso.

A lo largo de los próximos cuatro años, la OMS pondrá en práctica los dos primeros objetivos — desarrollo e implantación de políticas nacionales sobre MT/MCA y el

ⁱ "Apropiado" se toma para referirse a la sanidad MT/MCA que no cuesta más y que no es menos segura ni eficaz que la atención alopática recomendada para la enfermedad o problema sanitario.

Tabla 13

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005 — objetivos, componentes y resultados esperados

Objetivos	Componentes	Resultados esperados
POLÍTICA: Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, desarrollando e implementando políticas* y programas nacionales de MT/MCA	1. Reconocimiento de la MT/MCA Ayudar a los países a desarrollar políticas y programas nacionales de MT/MCA	1.1 Mayor apoyo gubernamental para la MT/MCA mediante una amplia política nacional sobre MT/MCA 1.2 Integrar la MT/MCA relevante en los servicios del sistema sanitario nacional
	2. Proteger y preservar los conocimientos indígenas sobre MT asociados con la salud Ayudar a los países a desarrollar estrategias para proteger los conocimientos indígenas de MT	2.1 Aumentar el registro y preservación de los conocimientos indígenas de MT, incluyendo el desarrollo de bibliotecas digitales de MT
SEGURIDAD, EFICACIA Y CALIDAD: Promover la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y fomentando la orientación sobre pautas normativas y de control de calidad	3. Base de evidencia para la MT/MCA Aumentar el acceso a y ampliar el conocimiento de la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA, con énfasis en los problemas sanitarios prioritarios como la malaria y VIH/SIDA	3.1 Aumentar el acceso a y ampliar el conocimiento de la MT/MCA a través de una red y del intercambio de información precisa 3.2 Revisiones técnicas de estudios sobre el uso de MT/MCA para la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y estados comunes 3.3 Apoyo selectivo para el estudio clínico en el uso de MT/MCA para problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y VIH/SIDA, y enfermedades comunes
	4. Regulación de medicinas con base de hierbas Apoyar a los países para establecer sistemas legislativos eficaces para el registro y control de calidad de las medicinas con base de hierbas	4.1 Legislación nacional de medicinas con base de hierbas, incluyendo registro, establecimiento e implantación 4.2 Control de seguridad de medicinas con base de hierbas y otros productos y terapias de MT/MCA
	5. Pautas sobre seguridad, eficacia y calidad Desarrollo y apoyo a la implantación de guías técnicas para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las medicinas con base de hierbas y otros productos y terapias de MT/MCA	5.1 Pautas y metodología técnica para valorar la seguridad, eficacia y calidad de MT/MCA 5.2 Criterio de datos basados en evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de terapias de MT/MCA
	6. Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la sanidad Fomentar el reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA a la sanidad alentando la interacción y el diálogo entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos	6.1 Criterio e indicadores, cuando sea posible, para medir la costo-efectividad y el acceso equitativo a la MT/MCA 6.2 Aumentar la provisión de MT/MCA apropiada a través de los servicios sanitarios nacionales 6.3 Aumentar el número de organizaciones nacionales de proveedores de MT/MCA
	7. Protección de las plantas medicinales Fomentar el uso y cultivo sostenibles de las plantas medicinales	7.1 Pautas para una buena práctica agrícola en relación con las plantas medicinales 7.2 Uso sostenible de recursos de plantas medicinales
USO RACIONAL: Fomentar el uso terapéutico sólido de la MT/MCA apropiada tanto de proveedores como de consumidores	8. Uso correcto de MT/MCA por parte de los proveedores Aumentar la capacidad de los suministradores de MT/MCA para hacer un uso correcto de los productos y terapias de MT/MCA	8.1 Formación básica en las terapias MT/MCA más utilizadas para los practicantes alopáticos 8.2 Formación básica en atención sanitaria primaria a los practicantes de MT
	9. Uso correcto de la MT/MCA por parte de los consumidores Aumentar la capacidad de los consumidores para tomar decisiones informadas sobre el uso de productos y terapias de MT/MCA	9.1 Información fiable para los consumidores sobre el uso correcto de terapias de MT/MCA 9.2 Mejorar la comunicación entre los practicantes alopáticos y sus pacientes respecto al uso de la MT/MCA

* Con la excepción de China, la República Popular Democrática de Corea y Vietnam, dicha integración no se ha producido en ningún lugar. Esto destaca el hecho de que en algunos países es necesario llevar a cabo una valoración nacional para determinar que modalidades de MT/MCA pueden integrarse mejor en el sistema sanitario nacional.

- Aumento del registro y preservación de los conocimientos indígenas sobre MT, incluyendo el desarrollo de bibliotecas digitales de MT.

5.2 Seguridad, eficacia y calidad: Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y proporcionando directrices sobre pautas, normativas y controles de calidad

Componentes

- **Base de la evidencia para la MT/MCA.** Aumentar el acceso a y ampliar los conocimientos sobre la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, enfatizando problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y VIH/SIDA.
- **Regulación de medicinas con base de hierbas.** Respaldo a los países para establecer sistemas normativos efectivos para el registro y control de calidad de medicinas con base de hierbas.
- **Pautas sobre seguridad, eficacia y calidad.** Desarrollo y respaldo a la implantación de guías técnicas para asegurar la seguridad, la eficacia y el control de calidad de las medicinas con base de hierbas y otras terapias y productos de MT/MCA.

Estrategia de la OMS

La OMS reforzará y ampliará su actual red global de expertos en MT/MCA, miembros de los cuales incluyen Centros Colaboradores de la OMS, autoridades sanitarias nacionales, instituciones académicas y científicas y demás agencias internacionales relevantes, tales como AEEM, la Farmacopea Europea, la FAO, la Organización de Unidad Africana y ONUDI. Trabajando con estos socios seguirá desarrollando las guías técnicas y la información científica, especialmente sobre las medicinas con base de hierbas. La Organización también

ampliará su base de evidencia sobre MT/MCA, centrándose en la identificación de terapias de MT/MCA seguras y de eficacia probada a fin de generar una mayor credibilidad sanitaria pública para la MT/MCA. Esto se conseguirá mediante la revisión técnica del uso clínico de la MT/MCA en la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y condiciones comunes, y apoyando adicionalmente la investigación clínica de la seguridad y la eficacia de la MT/MCA.

La Sede Central y las Oficinas Regionales de la OMS establecerán una red normativa global de sistemas de control de seguridad sobre medicinas con base de hierbas y demás terapias de la MT/MCA. Esto incluirá la ayuda a países para establecer una supervisión postmarketing de las medicinas con base de hierbas. La OMS seguirá cooperando con las asociaciones profesionales y las instituciones académicas relevantes para desarrollar y proporcionar pautas para la formación básica en determinadas terapias manuales. También organizará programas de formación y talleres de trabajo para las autoridades nacionales a fin de actualizar su conocimiento en materia de seguridad y eficacia para las medicinas con base de hierbas.


Indicador crítico

Objetivo estratégico	Número de Estados Miembro de la OMS que informan de leyes y normativas sobre medicinas con base de hierbas / Número total de Estados Miembro de la OMS	Estado 1999	Objetivo 2005
Estados Miembro de la OMS con leyes y normativas sobre medicinas con base de hierbas	65/191	34%	40%

Resultados esperados para 2002–2005

- Aumento del acceso a y ampliación del conocimiento de la MT/MCA mediante una red y el intercambio de información precisa.

- Revisión técnica de las investigaciones sobre el uso de la MT/MCA para la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y condiciones comunes.
- Apoyo selectivo para la investigación clínica en el uso de MT/MCA para problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y el VIH/SIDA y enfermedades comunes.
- Normativa nacional sobre medicinas con base de hierbas, incluyendo registro, establecimiento e implantación.
- Control de la seguridad de las medicinas con base de hierbas y demás productos y terapias de la MT/MCA.
- Guías técnicas y metodología para evaluar la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA.
- Criterio para los datos con base de evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de las terapias de la MT/MCA.

 **Acceso:** Aumento de la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso para las poblaciones pobres

Componentes

- Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la atención sanitaria. Fomentar el reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la atención sanitaria alentando la interacción y el diálogo entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos.
- Protección de las plantas medicinales. Fomentar el uso y cultivo sostenibles de las plantas medicinales.

Estrategia de la OMS

La mayoría de los países que sufren de malaria, VIH/SIDA y otras enfermedades de

transmisión común tienen menos de 15 dólares estadounidenses per cápita al año para gastar en sanidad. En algunos países sólo se dispone de 0,75 dólares estadounidenses per cápita al año para gasto en medicamentos. La OMS explorará el potencial para la utilización de recursos accesibles y asequibles de MT/MCA a fin de combatir las enfermedades de transmisión comunes. Esto incluirá la investigación de las medicinas con base de hierbas más eficaces, y alentará a los gobiernos a desarrollar estrategias para la protección de las poblaciones silvestres de plantas medicinales y el cultivo sostenible de dichas plantas. (Esto no sólo contribuirá al acceso a la sanidad, sino que protegerá el medio ambiente y generará ingresos). Se fomentará la protección de los conocimientos indígenas sobre MT/MCA relacionado con la sanidad y se compararán los beneficios de forma equitativa, dentro del contexto de cualquier investigación que se lleve a cabo.

La OMS también alentará el diálogo y la interacción entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos a fin de fomentar el reconocimiento del papel de la MT/MCA en la provisión sanitaria. En los países en vías de desarrollo se trabajará con las asociaciones de practicantes de MT y con las ONG de forma que se optimice el papel de los practicantes de la MT en la prevención y gestión de enfermedades de transmisión comunes.


Indicador crítico^k

Objetivo estratégico	Número de Estados Miembro africanos de la OMS que informan de reconocimiento de practicantes de MT / Número total de Estados Miembro africanos de la OMS	Estado 1999	Objetivo 2005
Estados Miembro africanos de la OMS con reconocimiento profesional de practicantes de MT	21/46	45%	60%

^k Los datos sólo están disponibles para la región africana.

Resultados esperados para 2002–2005

- Criterios e indicadores, donde sea posible, para medir la costo-efectividad y el acceso equitativo a la MT.
- Aumento de la provisión de la MT/MCA apropiada en todos los servicios sanitarios nacionales.
- Aumento del número de organizaciones nacionales de proveedores de MT.
- Pautas para la buena práctica agrícola en relación con las plantas medicinales.
- Uso sostenible de los recursos de las plantas medicinales.

 **Uso racional:** Fomentar el uso terapéutico sólido de la MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores

Componentes

- **Uso correcto de la MT/MCA por parte de los proveedores.** Aumentar la capacidad de los proveedores de MT/MCA para hacer un uso correcto de productos y terapias de MT/MCA.
- **Uso correcto de la MT/MCA por parte de los consumidores.** Aumentar la capacidad de los consumidores para tomar decisiones informadas sobre el uso de productos y terapias de MT/MCA.

Estrategia de la OMS

La OMS alentará a los países a organizar programas de formación para practicantes alopáticos a fin de permitirles adquirir un conocimiento básico de MT/MCA y fomentar la práctica con licencia de las terapias.

La OMS seguirá desarrollando referencias autoritarias para los Estados Miembro, tales como los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*. También desarrollará materiales informativos y educativos

Se necesitan ampliar el conocimiento base de los practicantes de MT/MCA y sanitarios para abarcar todo el espectro de prácticas sanitarias seguras y eficaces — ampliando totalmente los horizontes de la sanidad. Estas prácticas pueden integrarse en los planes de tratamiento interdisciplinarios óptimos, desarrollados en cooperación con los pacientes. Estos imperativos dictan varias esferas de investigación, formación, educación y colaboración.

(incluyendo traducciones) y una web MT/MCA para elevar la conciencia de la necesidad del uso racional de la MT/MCA y guiar al público en su uso seguro.

Indicador crítico

Objetivo estratégico	Número de Estados Miembro de la OMS con institutos de investigación ¹ para MT/MCA / Número total de Estados Miembro de la OMS	Estado 1999	Objetivo 2005
Estados Miembro de la OMS con institutos de investigación de MT/MCA	19/191	10%	18%

Resultados esperados para 2002–2005

- Formación básica en terapias de MT/MCA más comúnmente utilizadas para practicantes alopáticos.
- Formación básica en atención sanitaria primaria para practicantes de MT.
- Información fiable a los consumidores sobre el uso correcto de terapias de MT/MCA.
- Mejora de la comunicación entre los practicantes alopáticos y sus pacientes respecto al uso de MT/MCA.

¹ Un instituto nacional de investigación se define aquí como un instituto nacional de investigación respaldado por el gobierno.

Relación de centros colaboradores con la OMS en materias de medicina tradicional

Número total de centros colaboradores: 19

Desglose regional

Región africana:	3
Región Américas:	2
Región europea:	1
Región del sudeste asiático:	1
Región del Pacífico occidental:	12

Región africana

- Centro para la Investigación Científica en Plantas Medicinales, Mampong-Akwapim, Ghana
- Centre National d'Application des Recherches pharmaceutiques (CNARP), Antananaviro, Madagascar
- Institut National des Recherches en Santé Publique, Bamako, Mali

Región Américas

- Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM), Institutos Nacionales de Sanidad, Departamento de Sanidad y Recursos Humanos, Bethesda, EE UU
- Colegio de Farmacia, Universidad de Illinois en Chicago, EE UU

Región europea

- Centro de Investigación en Bioclimatología, Biotecnologías y Medicina Natural, Universidad Estatal de Milán, Milán, Italia

Región del sudeste asiático

- Academia de Medicina Tradicional Coreana, Pyongyang, República Popular de Corea

Región del Pacífico occidental

- Instituto de Acupuntura y Moxibustión, Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing, República Popular China
- Instituto de Ciencia e Información Clínicas, Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing, República Popular China
- Instituto de Desarrollo de Plantas Medicinales, Academia China de Ciencias Médicas, Beijing, República Popular China
- Instituto de Materia Médica China, Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing, República Popular China

- Universidad Nanjing de Medicina Tradicional China, Nanjing, República Popular China
- Instituto de Investigación sobre Acupuntura, Universidad Fundan, Shanghai, República Popular China
- Universidad de Shanghai de Medicina Tradicional China, Shanghai, República Popular China
- Centro de Investigación de Medicina Oriental, Instituto Kitasato, Tokio, Japón
- Departamento de Medicina Oriental Japonesa, Universidad Toyama de Medicina y Farmacia, Toyama, Japón
- Instituto de Investigación Médica Este-Oeste, Universidad Kyung Hee, Seúl, República de Corea
- Instituto de Investigación de Productos Naturales, Universidad Nacional de Seúl, Seúl, República de Corea
- Instituto de Medicina Tradicional, Hanoi, Vietnam

Publicaciones y documentos seleccionados de la OMS sobre medicina tradicional

Las publicaciones y documentos listados a continuación están disponibles en inglés. Si las publicaciones y documentos también estuvieran disponibles en francés y/o español, esto se indicaría con una F y/o E.

Política y control nacionales

- Apia Action Plan on Traditional Medicine in the Pacific Island Countries (Plan de Acción Apia sobre Medicina Tradicional en los Países de las Islas del Pacífico)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico occidental, 2001.
- Development of National Policy on Traditional Medicine (Desarrollo de Política Nacional sobre Medicina Tradicional)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2000.
- Legal Status of Traditional medicine and Complementary/Alternative Medicine: a World-wide Review (Estado Legal de Medicina Tradicional y Medicina Complementaria/Alternativa: una Revisión Mundial)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.
- The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO Meeting (La Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional: Informe de una Reunión de la OMS)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 622).
- Regulatory Situation of Herbal Medicines: a World-wide Review (Situación Normativa de las Medicinas a Base de Hierbas: una Revisión Mundial)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento de referencia WHO/TM/98.1) (F en prensa/E).
- Report of the Inter-regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine (Informe del Taller de Trabajo Interregional sobre Derechos de Propiedad Intelectual en el Contexto de Medicina Tradicional)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2001.1).
- The Role of Traditional Medicine in Primary Health Care in China (El Papel de la Medicina Tradicional en la Atención Sanitaria Primaria en China) (Basado en un Seminario Interregional Patrocinado por la OMS en Asociación con el Ministerio de Sanidad de la República Popular China, 9-21 de octubre de 1985)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (documento de referencia WHO/TM/86.2).
- Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Baseline Information (Sistemas de Salud Tradicionales en Latinoamérica y el Caribe: Información de Base)*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, 2000.
- Traditional Medicine and Health Care Coverage (Medicina Tradicional y Cobertura Sanitaria)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1983. Reimpreso en 1988.
- Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers (Practicantes Tradicionales como Trabajadores Sanitarios de Atención Primaria)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento de referencia WHO/SHS/DHS/TM/95.6).

Plantas medicinales

- Basic Tests for Drugs: Pharmaceutical Substances, Medicinal Plant Materials and Dosage Forms (Pruebas Básicas para Fármacos: Sustancias Farmacéuticas, Materiales de Plantas Medicinales y Formas de Dosificación)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (F/E).
- Good Manufacturing Practices: Supplementary Guidelines for the Manufacture of Herbal Medicinal Products (Buenas Prácticas de Fabricación: Guías Complementarias para la Fabricación de Productos Medicinales a Base de Hierbas)*. Anexo 8 del Comité Experto de la OMS sobre especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas. Informe Treinta y Cuatro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 863) (F/E).
- Guidelines for the Appropriate Use of Herbal Medicines (Guías para el Uso Apropiado de Medicinas con Base de Hierbas)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico occidental, 1998 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 23).
- Guidelines for the Assessment of Herbal Medicines (Guías para la Valoración de Medicinas con Base de Hierbas)*. Anexo 11 del Comité Experto de la OMS sobre Especificaciones para Preparados Farmacéuticos. Informe Treinta y Cuatro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 863) (F/E).
- Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials (Métodos de Control de Calidad para Materiales de Plantas Medicinales)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.
- Medicinal Plants in China (Plantas Medicinales en China)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1989 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 2).
- Medicinal Plants in the Republic of Korea (Plantas Medicinales en la República de Corea)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1998 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 21).
- Medicinal Plants in the South Pacific (Plantas Medicinales en el Pacífico Sur)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1998 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 19).
- Medicinal Plants in Viet Nam (Plantas Medicinales en Vietnam)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1990 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico occidental N° 3).
- WHO Monographs on Selected Medicinal Plants (Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas)*. Volumen 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.
- WHO Monographs on Selected Medicinal Plants (Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas)*. Volumen 2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

Investigación

- Clinical Evaluation of Traditional Medicines and Natural Products (Evaluación Clínica de Medicinas Tradicionales y Productos Naturales)*. Informe de una Consulta de la OMS sobre Medicina Tradicional y SIDA, Ginebra, 26–28 de septiembre de 1990. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (documento de referencia WHO/TM/GPA/90.2).
- General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine (Guías Generales para Metodologías sobre Investigación y Evaluación de Medicina Tradicional)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2000.1).
- Guidelines for Clinical Research on Acupuncture (Guía para la Investigación Clínica en Acupuntura)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1995 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 15).
- In Vitro Screening for Anti-HIV Activities. (Control In Vitro de Actividades anti VIH)*. Informe de una Consulta Informal sobre Medicina Tradicional y SIDA, Ginebra, 6–8 de febrero de 1989. OMS Ginebra, 1989 (documento de referencia WHO/GPA/BMR/89.5).

Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines (Guía de Investigación para la Evaluación de la Seguridad y la Eficacia de las Medicinas con Base de Hierbas). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1993.

Traditional and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches (Medicina Tradicional y Moderna: Armonización de las Dos Aproximaciones). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2000.

Uso racional

Nomenclatura de acupuntura

A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group (Una propuesta de Nomenclatura de Acupuntura Estándar Internacional: Informe de un Grupo Científico de la OMS). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991.

Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature (Informe del Grupo de Trabajo sobre Nomenclatura de Acupuntura Auricular). Lyon, Francia, 28–30 de noviembre de 1990. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (documento de referencia WHO/TM/91.2).

Standard Acupuncture Nomenclature (Nomenclatura Estándar de Acupuntura), 2ª ed., Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1993.

Conservación de plantas medicinales

Conservation of Medicinal Plants. Proceedings of an International Consultation (Conservación de Plantas Medicinales. Procedimientos de una Consulta Internacional), Chiang Mai, Tailandia, 21–27 de marzo de 1988. Cambridge, Reino Unido, Cambridge University Press, 1991.

Natural Resources and Human Health: Plants of Medicinal and Nutritional value. Proceedings of the first WHO Symposium on Plants and Health for All: Scientific Advancement (Recursos Naturales y Salud Humana. Plantas de Valor Medicinal y Nutricional. Procedimiento del Primer Simposio de la OMS sobre Plantas y Salud para Todos: Avance Científico). Kobe, Japón, 26–28 de agosto de 1991. Amsterdam, Elsevier Science Publisher, 1992.

WHO/UCN/WWF Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants (Guía OMS/UCN/WWF sobre la Conservación de Plantas Medicinales). Gland, Suiza, Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza, 1993 (F/E).

Selección y uso de terapias

WHO/DANIDA Inter-country Course on the Appropriate Methodology for the Selection and Use of Traditional Remedies in National Health Care Programmes (Curso OMS/DANIDA entre Países sobre la Metodología Apropriada para la Selección y Uso de Remedios Tradicionales en Programas Nacionales Sanitarios). Informe de un Curso entre Países Celebrado en Kadoma, Zimbabue, 26 de junio – 6 de julio de 1989. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (documento de referencia WHO/TM/91.1).

WHO/DANIDA Training Course: the Selection and Use of Traditional Remedies in Primary Health Care (Curso OMS/DANIDA de Formación: la Selección y Uso de Remedios Tradicionales en la Atención Sanitaria Primaria). Informe de una Taller de Trabajo entre Países Celebrado en Bangkok, Tailandia, 25 de noviembre – 4 de diciembre de 1985. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (documento de referencia WHO/TM/86.1).

Formación y buena práctica

Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health Care (Guía para la Formación de los Practicantes de Salud Tradicional en la Atención Salud Primaria). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento de referencia WHO/SHS/DHS/TM/95.5).

Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture (Guía sobre la Formación Básica y la Seguridad en Acupuntura). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento de referencia WHO/EDM/TM/99.1) (F).

Prospects for Involving Traditional Health Practitioners (Propuestas para Implicar a los Practicantes Tradicionales). Informe de la Consulta sobre SIDA y Medicina Tradicional, Francistown, Bostwana, 23-27 de julio de 1990. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1990 (documento de referencia WHO/TM/GPA/90.1) (F).

Acupuncture: Review and Analysis of Reports (Acupuntura: Revisión y Análisis de Informes). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.

Training Package for Practitioners of Traditional Medicine (Paquete de Formación para Practicantes de Medicina Tradicional). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1999.

Centros Colaboradores de la OMS para Medicina Tradicional

Report of the Third Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine (Informe de la Tercera Reunión de Directores de los Centros Colaboradores de la OMS sobre Medicina Tradicional). Beijing, República Popular China, 23-26 de octubre de 1995. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento de referencia WHO/TM/96.1).

Report of the Second Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine (Informe de la Segunda Reunión de Directores de los Centros Colaboradores de la OMS sobre Medicina Tradicional). Beijing, República Popular China, 16-20 de noviembre de 1987. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988 (documento de referencia WHO/TM/88.1).

Referencias

1. Pietroni P. Beyond the boundaries: relationship between general practise and complementary medicine. *British Medical Journal*, 1992, 305:564–566.
2. Organización Mundial de la Salud. *Promoting the Role of Traditional Medicine in Health Systems: a Strategy for the African Region 2001–2010*. Harare, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento de referencia AFR/RC50/Doc.9/R).
3. Organización Mundial de la Salud. *Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998–1999)*. Harare, Oficina Regional de la OMS para África, 2000.
4. Organización Mundial de la Salud. *Consultation Meeting on Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento de referencia (WPTM/ICP/TM/001/RB/98-RS/99/GE/32(CHN))).
5. Organización Mundial de la Salud. *Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies*. Washington DC, Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (grupo de trabajo OPS/OMS), 1999.
6. Organización Mundial de la Salud. *Report: Technical Briefing on Traditional Medicine. Forty-ninth Regional Committee Meeting, Manila, Filipinas, 18 de septiembre de 1998*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1998.
7. Fisher P y Ward A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 309:107–111.
8. Health Canada. *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. A collection of papers Prepared for Health Canada*. Ottawa, Health Canada, 2001.
9. G. Domenighetti y otros. Usage personnel de pratiques relevant des médecines douces ou alternatives parme les médecins suisses. *Médecine Et Hygiène*, 2000, 58:2291.
10. Zollman C Et Vickers AJ. *ABC of Complementary Medicine*. Londres, BMJ Books, 2000 (reimpreso de una serie de artículos publicados en el *British Medical Journal* durante 1999).
11. Federación Mundial de Acupuntura y Sociedades de Moxibustión. *The Distribution of WFAS Member Societies and Executive Members in Each Continent*. Beijing, Federación Mundial de Acupuntura-Sociedades de Moxibustión, 2000.
12. Organización Mundial de la Salud. *The Legal Status of Traditional and Complementary/Alternative Medicine: a Worldwide Review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.
13. Eisenberg DM y otros. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18): 1569–75.
14. Sermeus G. Alternative health care in Belgium: an explanation of various social aspects. In: Lewith G Et Aldridge D, ed. *Complementary Medicine and the European Community*. Saffron Walden, CW Daniel, 1991, citado en la referencia 7.
15. Marthiessen P. Rosslenbroich B Et Schmidt St. *Unkonventionelle Medizinische Richtungen – Bestandaufnahme zur Froschungssituation*. Bonn, Wirtschaftsverlag, NW, 1992. (Materialen zur Gesundheitsforschung, Band 21). Citado en la referencia 7.

16. Cámara de los Lores, Gran Bretaña. Comité Selecto sobre Ciencia y Tecnología. Sesión 1999–2000. *6th Report. Complementary and Alternative Medicine*. Londres, Stationery Office, 2000 (HL Paper 123).
17. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. *Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices. Background Note by the UNCTAD Secretariat*. Ginebra, Conferencias de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, 2000 (documento de referencia TD/B/COM.1/EM.13/2).
18. Datos de Recursos de Información, Inc. Scanner Data, citado en *Herbal Gram, Journal of the American Botanical Council and the Herb Research Association*, 1998, 43:61.
19. Mhame P. *The Role of Traditional Knowledge (TK) in the National Economy: the Importance and Scope of TK, Particularly Traditional Medicine in Tanzania*. Documento presentado en la Reunión de Expertos de la UNCTAD sobre Sistemas y Experiencias Nacionales para la Protección de Conocimientos, Innovaciones y Prácticas Tradicionales, 30 de octubre – 1 de noviembre de 2000, Ginebra.
20. Citado en: Spry-Leverton J. West Africa's traditional healers promote the new magic of immunization. *UNICEF information Feature*, October 2000. En: <http://www.unicef.org/features/feat164.htm>.
21. Vongo R. *Local production and dispensing of herbal antimalarials*. A report from the First International Meeting of the Research Initiative on Traditional Anti-malarials (RITAM), Moshi, Tanzania, 8–11 de diciembre de 1999.
22. Gyapong M y otros. *Report on Pre-testing of instruments of Roll Back Malaria Needs Assessment in the Dangme West District, Ghana*. 10 de enero de 1999.
23. Diarra D y otros. *Roll Back Malaria. Needs Assessment Report. Field Test of Instruments and Methodology in Mali*. 2–28 de enero de 1999.
24. Brieger W y otros. *Roll Back Malaria. Pre-testing of Needs Assessment Gobierno Local de IDO, Estado de Oyo, Nigeria*. 13 de noviembre – 4 de diciembre de 1998.
25. RBM County Team. *The Final RBM Report on the Pre-testing of the RBM (WHO) Research Instruments, and the Situation Analysis for Action Against Malaria in Petauke District, Zambia*. 21 de diciembre de 1998 – 20 de enero de 1999.
26. Ahorlu CK. *Malaria-related beliefs and behaviour in Southern Ghana: implications for treatment, prevention and control*. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2(5):488–499.
27. Organización Mundial de la Salud. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
28. Comunicación personal de Manuel Vásquez, Rescate Ancestral Indígena Salvadoreño, Marzo de 2001.
29. Green E. *Indigenous Theories of Contagious Disease*. Walnut Creek, California, Alta Mira Press, 1999.
30. ONUSIDA. *Collaboration with Traditional Healers in AIDS Prevention and care in Sub-Saharan Africa: a Comparative Case Study Using UNAIDS Best Practice Criteria*. Ginebra, ONUSIDA, 1999.
31. Burford G y otros. *Traditional Medicine and HIV/AIDS in Africa. A report from the International Conference on Medicinal Plants, Traditional Medicine and Local Communities in Africa. A Parallel Session to the Fifth Conference of the Parties to the Convention on Biological Diversity, Nairobi, Kenya, 16 – 19 de mayo de 2000*. 3 de julio de 2000.
32. Jonas WB. Alternative medicine – learning from the past, examining the present, advancing to the future. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1616–1618.
33. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study [letter]. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(19):1548–53.
34. Mason F. *The Complementary Treatment Project's Treatment Survey*. Toronto, 1995.
35. Anderson W y otros. Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS. *AIDS*, 1993, 7:561–566.
36. Ostrow MJ y otros. Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15:115–120.

37. Chez AR y Jonas WB. The challenge of complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 177:1556–1561.
38. Studdert DM y otros. Medical malpractice implications of alternative medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1569–1575.
39. Informe de la Federación Mundial de Quiropráctica, 2000.
40. Informe de la Alianza Mundial de Quiropráctica, 2000.
41. Organización Mundial de la Salud. *Regulatory Situation of herbal Medicines. A worldwide Review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento de referencia WHO/TRM/98.1).
42. Norges Offentlige Utredninger (Informes Oficiales Noruegos). NOU 1998:21. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial – og helsedepartementet Avgitt til Sosial – og helsedepartementet (Informe de un comité nombrado por el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales). *Alternativ Medisin (Medicina Alternativa)*. 1998.
43. Vickers A. Complementary medicine. Recent advances. Clinical review. *British Medical Journal*, 2000, 321:683–686
44. Bhattacharya B. M.D. programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2000, 6:77–90.
45. Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa. *Expanding Horizons of Healthcare: Five-year Strategic Plan 2001–2005*. Maryland, Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa, 2000.
46. Consejo de Europa. Resolución 1206 (1999). A European approach to non-conventional medicines. (Extracto de la *Gazeta Oficial del Consejo de Europa* – Noviembre de 1999) (documento de referencia 8435). Asamblea Parlamentaria, 4 de noviembre de 1999.
47. Organización Mundial de la Salud. *Regional Consultation on Development of Traditional medicine in South-East Asia Region, 1999*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para el Sudeste asiático, 1999 (documento de referencia SEA/Trad. Med./80).
48. Organización Mundial de la Salud. *Report of the Inter-Regional Workshop of Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine. Bangkok, Tailandia, 6–8 de diciembre de 2000*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2001.1).
49. Organización Mundial de la Salud. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2000.1).
50. Comisión Europea. *Acción COST B4: Unconventional Medicine. Final Report of the management Committee, 1993–98*. Bruselas, Comisión Europea, 1998 (documento de referencia EUR 18420 EN).
51. EsSalud/Organización Panamericana de Salud. *Estudio Costo-Efectividad: Programa Nacional de Medicina Complementaria. Seguro Social de EsSalud*. Lima, EsSalud/Organización Panamericana de Salud, 2000.
52. Organización Mundial de la Salud, *Counterfeit and Substandard drugs in Myanmar and Vietnam*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento de referencia WHO/EDM/OMS/99.3).
53. Discurso del Director General de la OMS Dr. Gro Harlem Brundtland en la inauguración de la Comisión de Macroeconomía y Salud, París, 8 de noviembre de 2000. Accesible en : http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001108_paris.html.
54. Berthold HK, Sudhop MD y Bergmann K. Effect of a garlic oil preparation on serum lipoproteins and cholesterol metabolism. *Journal of American Medical Association*, 1998, 279:1900–1902.
55. Kleijnen J. Knipschild P y ter Riet G. Garlic, onions and cardiovascular risk factors. A review of the evidence from human experiments with emphasis on commercially available preparations. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 28:535–544.
56. Nortier JL y otros. Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (*Aristolochia fangchi*). *New England Journal of Medicine*, 2000, 342(23):1686–1692. Citado en la referencia 45.

57. Piscitelli SC y otros. Indinavir concentrations and St John's wort. *The Lancet*, 2000 355(9203): 547-548. Citado en la referencia 45.
58. Organización Mundial de la Salud. *Regional Meeting on Regulatory Aspects of Herbal Products. 13 - 16 de Noviembre de 2000, Informe Final, Washington DC*. Washington, DC. Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud, 2000.
59. Organización Mundial de la Salud. *The Work of WHO in the Western Pacific Region. Report of the Regional Director, 1 de julio de 2001 - 31 de junio de 2001*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2001.
60. Organización Mundial de la Salud. *Policy and budget for One WHO*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento de referencia PPB/2002-2003).
61. Organización Mundial de la Salud. *Traditional Medicine*. Comité Regional de la OMS para la Región del Pacífico Occidental. Cincuenta y dos Sesión, Brunei Darussalam, 10-14 de septiembre de 2001. Agenda Provisional Artículo 13. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2001 (documento de referencia WPR/RC52/7).

Índice

Accesibilidad	2, 3, 13, 21, 43, 49
Acceso	1, 2, 3, 4, 5, 11, 14, 22, 27, 28, 31, 35, 41, 47, 48, 50, 51
Acupuntura / acupunturistas	1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 15, 17, 25, 33, 34, 44, 53, 54
África	viii, 1, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 27, 28, 31, 34, 36, 41, 42, 43, 45, 50, 51, 53
Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM)	19, 34, 41, 50
Américas	viii, 1, 7, 8, 11, 25, 31, 32, 36, 53
Antimaláricos	2, 13, 27, 34
Asequibilidad	2, 5, 21, 22, 27, 47, 48, 51
Asia	viii, 1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 21, 31, 32, 36, 40, 45, 53
Asociación para la Promoción de la Medicina Tradicional	43
Atención sanitaria	1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 32, 33, 40, 42, 43, 47, 48, 51, 52
Atención sanitaria primaria	9, 14, 21, 29, 32
Autoridades normativas sobre fármacos	21, 34, 36, 41
Banco Mundial	42
Calidad	1, 3, 4, 5, 9, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 41, 47, 48, 49, 50, 51
Campo Complementario Cochrane	24
Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM)	10, 17, 18, 34, 37, 53
Centro(s) de Colaboración	6, 31, 34, 35, 36, 50, 52, 53
Colaboración Cochrane	43
Comunicación	4, 22, 29, 43, 48, 52
Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD)	40
Cooperativa Científica Europea sobre Fitoterapia (ESCOP)	41, 42
Coste(s)	2, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 47
Costo-efectividad	4, 24, 25, 27, 48, 52
Cualificación	4, 28
Cultivo sostenible	27, 28, 51
Derechos de patente	4
Guías	5, 21, 26, 28, 32, 33, 34, 35, 43, 44, 48, 49, 50, 51
Disponibilidad	1, 2, 5, 13, 27, 31, 47, 48
Educación	3, 4, 9, 10, 16, 17, 23, 28, 29, 32, 42, 43, 44, 52
Eficacia	1, 2, 3, 5, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 36, 37, 41, 47, 48, 50, 51
Enfermedad crónica	14, 22, 25, 47
Enfermedades de Transmisión	27, 51

Ensayos clínicos aleatorios	24, 26
Estados Miembro	viii, 3, 5, 9, 15, 19, 21, 23, 31, 35, 36, 40, 41, 42, 47, 49, 50, 51, 52
Estándares	3, 5, 21, 22, 24, 26, 29, 39, 44, 47, 48, 50
Estudio cualitativo	4, 27
Estudio cuantitativo	4
Europa	viii, 1, 8, 11, 12, 19, 21, 32, 34, 41, 42, 50, 53
Evidencia clínica	3, 49
Fármacos químicos	2, 13, 14, 27, 29
Federación Mundial de Acupuntura- Sociedades de Moxibustión (WFAS)	11, 12, 44
Federación Mundial de Quiropráctica (WFC)	16, 44
Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF)	43, 44
Formación	3, 4, 9, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 28, 33, 35, 39, 50, 51, 52
Fundación Ford	43
Gasto	2, 12, 13, 51
Indicador(es)	6, 27, 47, 49, 50, 51, 52
Indicador(es) crítico(s)	6, 47, 49, 50, 51, 52
Industria Mundial de Automedicación (WSMI)	44
Información	2, 4, 5, 12, 14, 22, 26, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 48, 49, 50, 52, 53
Iniciativa de Estudio sobre Métodos Tradicionales Contra la Malaria (RITAM)	45
Iniciativa Global para los Sistemas de salud Tradicionales (GIFTS)	45
Institutos de investigación	6, 15, 28, 36, 37, 43, 52
Investigación	2, 3, 4, 5, 9, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 51, 52, 53
Legislación	4, 23, 28, 31, 33, 41, 44
Licencia	3, 4, 21, 23, 28, 41
Liga Médica Internacional Homeopática (LMHI)	44
Malaria	2, 5, 13, 19, 25, 45, 48, 51
Mecanismos normativos y legales	3, 22
Medicina tradicional china	1, 7, 8, 33, 37, 53, 54
Medicinas con base de hierbas	1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 44, 45, 48, 49, 50, 51
Mediterráneo Oriental	viii, 36
Metodología/metodologías	4, 5, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 49, 50, 51
Normativa(s)	4, 9, 10, 15, 16, 22, 23, 26, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 41, 42, 44, 47, 48, 49, 50, 51
Organización de la Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI)	40, 50
Organización Islámica de Ciencias Médicas (IOMS)	45
Organización Mundial de Propiedad Intelectual (OMPI)	40, 41
Organización Mundial del Comercio (OMC)	42, 43
Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO)	39, 40, 50
Organizaciones internacionales	31, 41, 45
Organizaciones no gubernamentales (ONG)	6, 39, 43, 44, 47, 51
Pacientes	2, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 48, 49, 52
Pacífico occidental	viii, 1, 8, 31, 32, 33, 36, 53
Plantas medicinales	3, 14, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 32, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 48, 51, 52, 53

Política	1, 3, 5, 9, 10, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 35, 39, 40, 42, 45, 47, 48, 49
Practicantes	2, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 33, 39, 44, 45, 48, 49, 51, 52
PRO.ME.TRA	43
Productos con base de hierbas	1, 4, 7, 10, 12, 23, 31, 32
Programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA)	14
Propiedad intelectual	4, 23, 28, 40, 42
Proveedores	2, 3, 4, 5, 9, 11, 15, 16, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 37, 43, 47, 48, 52
Quiropráctica / quiroprácticos	8, 15, 16, 44
Registro	4, 16, 22, 26, 29, 32, 36, 44, 48, 50
Secretaría de la Commonwealth	41, 45
Seguridad, eficacia y calidad	1, 3, 5, 22, 23, 24, 26, 35, 48, 49, 50, 51
Seguro	9, 10, 23, 24, 44
Sistema(s) sanitario(s)	1, 3, 5, 8, 9, 16, 22, 31, 32, 33, 47, 48, 49
Terapias espirituales	1, 7
Terapias manuales	1, 3, 7, 50
Unión Europea (UE)	19, 42
Unión Mundial para la Conservación (IUCN)	43, 44
Uso racional	1, 3, 4, 5, 6, 22, 26, 28, 36, 47, 48, 52
Uso sostenible	3, 48, 51, 52
Vigilancia	4, 26, 50
VIH/SIDA	3, 5, 14, 15, 27, 28, 43, 48, 50, 51

Contactos en fármacos esenciales y políticas médicas

En la Sede Central de la OMS:

Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica
Tecnologías Sanitarias y Grupo Farmacéutico
Sede Central de la OMS

Avenue Appia 20
1211 Ginebra 27

Suiza:

Dr. Jonathan Quick
Director
Tel: +41 22 791 4443
Correo electrónico: quickj@who.int

Dr. Hans Hogerzeil
Team Coordinator, Policy, Access and Rational Use
Tel: +41 22 791 3528
Correo electrónico: hogerzeilh@who.int

Dr. Lembit Rāgo
Team Coordinator, Quality and Safety: Medicines
Tel: +41 22 791 4420
Correo electrónico: ragol@who.int

Dr. Germán Velásquez
Team Coordinator, Drug Action Programme
Tel: +41 22 791 3509
Correo electrónico: velasquezg@who.int

Dr. Xiaorui Zhang
Acting Team Coordinator, Traditional Medicine
Tel: +41 22 791 3639
Correo electrónico: zhangx@who.int

Contactos en las Oficinas Regionales de la OMS

Oficina Regional para África
Organización Mundial de la Salud
Medical School, C Ward
Parirenyatwa Hospital
Mazoe Street
PO Box BE 773

Belvedere
Harare
Zimbabwe:

Dr. Jean Marie Trapsida
Acting Essential Drugs and Medicines Policy Coordinator
Tel: +263 4 742 829
Correo electrónico: janspex@intnet.me

Dr. Ossy Kasilo
Traditional Medicine Adviser
Tel: +263 4 790 233
Correo electrónico: kasiloo@whoafr.org

Oficina Regional para las Américas
Organización Mundial de la Salud
Pan American Sanitary Bureau
525, 23rd Street NW
Washington, DC 20037:

Dra. Caridad Borrás
Programme Coordinator, Essential Drugs and Health Care Technology
Tel: +1 202 94 3238
Correo electrónico: borrasca@paho.org

Dr Rosario D'Alessio
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +1 202 974 3282
Correo electrónico: dalessir@paho.org

Oficina Regional para el Mediterráneo oriental
Organización Mundial de la Salud
WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
opposite children's Library
Nasr City
Cairo 11 371

Egipto:

Sr. Peter Graaff
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +20 2 2765301
Correo electrónico: graaffp@emro.who.int

Oficina Regional para Europa
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para Europa
8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen
Dinamarca:

Sr. Kees de Joncheere
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +45 3 917 1717
Correo electrónico: cjo@who.dk

Oficina Regional para el Sudeste Asiático
Organización Mundial de la Salud
World Health House
Indraparastha Estate
Mahatma Gandhi Road
Nueva Delhi 110002
India:

Dr. Krisantha Weerasuriya
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +91 11 331 7804
Correo electrónico: weerasuriyak@whosea.org

Oficina Regional para el Pacífico occidental
Organización Mundial de la Salud
PO Box 2932
Manila 1000
Filipinas:

Dr. Budiono Santoso
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +63 2 528 8001
Correo electrónico: santosob@who.org.ph

Dr. Chen Ken
Traditional Medicines Adviser
Tel: +63 2 528 9948
Correo electrónico: chenk@who.org.ph

Una estrategia sobre medicina tradicional es relevante:

La medicina tradicional sigue jugando un importante papel en la atención sanitaria. En muchas partes del mundo es la forma de atención sanitaria preferida. En cualquier otro lugar, el uso de medicinas con base de hierbas y así llamadas terapias complementarias y alternativas está aumentando cada vez más. No existe un único determinante de popularidad. Sin embargo, la aceptación cultural de las prácticas tradicionales, junto con las percepciones de asequibilidad, seguridad y eficacia, y el interrogatorio de los enfoques de la medicina alopática, todos ellos juegan un papel. En vista de este amplio apelativo, la falta general de investigación sobre seguridad y eficacia de las medicinas tradicionales es por lo tanto un tema importante de preocupación.

Se necesita urgentemente una estrategia sobre medicina tradicional:

Las agencias internacionales, nacionales y no gubernamentales siguen haciendo grandes esfuerzos para asegurar que los tratamientos seguros, eficaces y asequibles para una amplia gama de enfermedades estén asequibles allí donde más se necesiten. La OMS estima, sin embargo, que una tercera parte de la población mundial sigue sin tener acceso regular a fármacos esenciales, la cifra asciende hasta un 50% en las partes más pobres de África y Asia. Afortunadamente, en muchos países en vías de desarrollo, la medicina tradicional ofrece una fuente mayor y más accesible de atención sanitaria. El uso de la medicina tradicional en la atención sanitaria primaria, es sin embargo, en el tratamiento de enfermedades mortales, causa de preocupación. Todavía no se ha desarrollado una base de evidencia que apoye su uso seguro y eficaz.

Se ha desarrollado una estrategia de medicina tradicional:

En respuesta a esos desafíos, la OMS ha desarrollado una estrategia de medicina tradicional que permita que esta forma de atención sanitaria contribuya mejor a la seguridad sanitaria. Se centra en el trabajo con los Estados Miembro de la OMS para definir el papel de la medicina tradicional en las estrategias nacionales sanitarias, respaldando el desarrollo de las investigaciones clínicas en seguridad y eficacia de las medicinas tradicionales y defendiendo el uso racional de la medicina tradicional.



ANEXO 4



Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review

E. Ernst¹

Reported are the results of a systematic review of the prevalence of use of complementary/alternative medicine. Computerized literature searches were carried out in four databases. Twelve surveys thus found were selected because they dealt with the utilization of complementary/alternative medicine in random or representative samples of the general population. Data were extracted in a predefined, standardized way. Prevalence of use of complementary/alternative medicine ranged from 9% to 65%. Even for a given form of treatment such as chiropractic, as used in the USA, considerable discrepancies emerged. The data suggest that complementary/alternative therapies are used frequently and increasingly. Prevalence of use seemed to depend critically on factors that were poorly controlled in surveys of complementary/alternative medicine. The true prevalence of use of complementary/alternative medicine in the general population remains uncertain.

Keywords: alternative medicine, utilization, prevalence; review, literature.

Voir page 256 le résumé en français. En la página 256 figura un resumen en español.

Introduction

Complementary/alternative medicine (CAM) has been described as "diagnosis, treatment and/or prevention which complements mainstream medicine by contributing to a common whole, satisfying a demand not met by orthodoxy, or diversifying the conceptual frameworks of medicine" (1). Approximately 1500 articles on CAM are published annually in the literature covered by MEDLINE (2). In the United Kingdom the market for herbal and homoeopathic remedies and aromatherapy oils increased by 41% between 1992 and 1996 (3). In Germany a herbal remedy (St John's wort) is now the most frequently prescribed drug for depression. In the USA, the sales of St. John's wort rose by 2800% between 1997 and 1998, and the total market for medicinal botanicals was worth US\$ 3.87 billion in 1998 (4). Most experts agree that the interest in and practice of CAM are driven mainly by consumer pressure.

The prevalence of CAM use by defined populations of patients, e.g. those suffering from rheumatic diseases (5), acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) (6) or cancer (7), and paediatric patients (8), is fairly well established and relatively easy to quantify. However, it may be more important to consider the use of CAM in the population at large, particularly as more than 50% of CAM users are not

ill but evidently employ CAM in order to prevent illness (9). Reliable prevalence figures for the general population could form the basis for much discussion on CAM, especially as regards its integration into routine health care.

The present article reports the results of a systematic review, summarizing the available data on the prevalence of CAM use among random or representative samples of general populations.

Methods

The MEDLINE, EMBASE, Cochrane Library and CISCOM databases were searched covering the period from the dates of their inception to the end of 1997. The following keywords were used: acupuncture, alternative medicine, aromatherapy, chiropractic, complementary medicine, herbalism, homoeopathy, hypnotherapy, massage therapy, naturopathy, osteopathy, phytomedicine, reflexology, relaxation therapy, surveys, yoga. In addition, the author's own files and those of 12 other experts were consulted. Furthermore, the following journals not listed in or only recently admitted to electronic databases were hand-searched for relevant publications (1993–97): *Acupuncture in Medicine*, *Alternative and Complementary Medicine*, *Alternative Therapies in Health and Medicine*, *British Journal of Homeopathy*, *Complementary Therapies in Medicine*, *Fitoterapia*, *Forschende Komplementärmedizin*, *NaturalMed*. The bibliographies of all articles thus found were scanned for further relevant publications.

¹ Professor, Department of Complementary Medicine, Postgraduate Medical School, University of Exeter, 25 Victoria Park Road, Exeter EX2 4NT, England (e-mail: E.Ernst@exeter.ac.uk).

Ref. No. 0143

To qualify for inclusion, a survey had to address the prevalence of CAM, i.e. the percentage of people using it. The surveys had to be based on random or representative samples of the general population of a nation or a defined geographical area. "Representative" was taken to mean an unselected sample from the general public with no evidence of a systematic difference in demographics compared to the general population. Surveys on subpopulations (such as patients with a named condition, e.g. AIDS, or individuals with a given characteristic, e.g. being vegetarian) were excluded. Publication in a language other than English was not grounds for exclusion. All identified surveys were read in full by the author and their data were extracted and validated according to standardized, predetermined criteria (Table 1).

Results

More than 100 papers on surveys of CAM use were found, but most were excluded because the samples were neither random nor representative. Twelve surveys (9–20) met the criteria and were included in the review. Although Fisher & Ward (20) mentioned several further surveys as being representative, none of them fulfilled the present criteria. Most of the included material refers to recent publications. The key data of all surveys are summarized in Table 1.

The survey by Haidinger & Gredler in Austria (10) employed an unorthodox sampling method: 65% of the interviews were carried out in Vienna, 22% in Lower Austria and the rest elsewhere in the country. Nevertheless, the demographic description of the sample implied that it was representative of the Austrian population. The results of the survey suggested that acupressure was the most prevalent form of CAM. Galvanic current treatment, the third most popular therapy, is not normally considered as a form of CAM. Generally speaking, lifetime prevalences of CAM use were low. This could have been because the country's law does not permit non-medically trained complementary/alternative therapists to practise CAM. On the other hand, the survey was carried out more than 10 years ago and may not reflect the current situation (6).

The first survey by Eisenberg et al. (17) was based on a sample from across the USA, obtained by random telephone dialling. It suggested that the one-year prevalence of CAM use was 34%. On average, each user made 19 visits a year to CAM providers, involving costs exceeding US \$500 per head; middle-aged, female, well-educated whites were the most frequent users; 72% of users did not inform their physicians about their use of CAM. It was deduced that visits to CAM providers outnumbered visits to primary care physicians and that the total costs amounted to around US\$ 14 billion. The data also suggested that 18% of CAM use was for psychiatric indications (10% for anxiety, 8% for depression).

In Vickers' survey, in the United Kingdom (12), the description of the sample was insufficient

and prevalence data were not provided for specific therapies. The results suggested a one-year prevalence of 8.5% for all forms of CAM use, a considerably lower value than those reported elsewhere. This was possibly because of national differences or because the survey was conducted during a difficult economic period in the United Kingdom, where CAM is usually paid for privately.

In Scotland, Emslie et al. (13) asked people whether they would consider using CAM in the future. There appeared to be a high potential demand, particularly for osteopathy, acupuncture and aromatherapy. However, the sample size was relatively small.

MacLennan et al. (14) employed a rigorous methodology to ensure that their random sample was representative of the general population of South Australia. They also evaluated the reliability of their questionnaire by reinterviewing a subsample by telephone. However, the questionnaire was somewhat confusing as far as the categories of remedies were concerned. For instance, vitamin or mineral supplementation may not be considered universally as CAM, while Chinese medicines, herbal medicines and ginseng, mentioned as distinct categories, overlap. The high prevalence of CAM use (48.5%) suggested by the survey may partly reflect the misclassification of treatments.

Chi et al. (15) conducted interviews among 1358 members of the National Household Sample in China (Province of Taiwan), and asked the participants whether they would use Chinese medicine. It appeared that 10% were current users of this type of CAM and that 31% would consider using it.

Panamore sent questionnaires to 3450 US citizens (16). This sample originated from the National Access to Care (NAC) Survey and was representative of the country's population. Participants were asked whether, in the last year, they had used chiropractic, massage, relaxation or acupuncture, for which the prevalences were 6.8%, 3.1%, 1.3% and 0.4% respectively.

An opinion poll commissioned by the German Association of Pharmaceutical Manufacturers (17) indicated that the overall prevalence of CAM use was 65% in 1996; in 1970 the corresponding figure had been 52%. However, it was unclear whether lifetime or one-year prevalence was assessed. In all age groups, women used CAM more frequently than men. In cases of serious disease, only 3% of the population said they would rely exclusively on CAM. Only 22% had obtained CAM through prescriptions from their physicians. People seemed to be motivated to use CAM largely because they had misgivings about pharmacotherapy: 84% considered that the risk of adverse effects of synthetic drugs was moderate or great. It was considered important or very important by 75% that the cost of CAM should be reimbursed by the German health insurance system.

In the Canadian National Population Health Survey, 17 626 individuals aged ≥ 15 years were asked about their use of CAM during the preceding

Table 1. Results of selected surveys on the use of complementary/alternative medicine in general populations

First author (year)	Nature of sample/survey	Response rate (%)	Description of sample	Question(s) asked	Prevalence figures by therapy
Haidinger (1988)	Representative, <i>n</i> = 1620, personal interview	99.6	53% female 33% aged ≤ 30 years 35% aged 31–50 years 32% aged > 50 years From across Austria	Have you ever used any of the following therapies? (21 named)	19.5% acupressure 17.3% autosuggestion 13.3% galvanic currents 12.4% yoga 12.1% homoeopathy 11.3% reflexology 9.6% acupuncture 9.5% chiropractic
Eisenberg (1993)	Random, <i>n</i> = 1539, telephone interview	67	Random sample from USA 48% female 34% aged > 50 years 82% white Sample recruited through random digit dialling	Have you ever used any of the following therapies? (16 named) If so, have you done so within the last 12 months?	Used in the last 12 months: 34% at least one CAM 13% relaxation techniques 10% chiropractic 7% massage
Vickers (1994)	Random, <i>n</i> = 921, postal questionnaire	78	Adults from UK electoral registers	Have you consulted a practitioner of any of the following therapies (6 named) or any other specialist in complementary medicine in the past 12 months?	Combined one-year prevalence of acupuncture, chiropractic, osteopathy, homoeopathy, herbal medicine and hypnotherapy was 8.5%. Lifetime use of some form of CAM was estimated to be 33%.
Emslie (1996)	Random, <i>n</i> = 500, postal questionnaire	70	Individuals aged ≥ 18 years from Grampian Region, Scotland, stratified by age, sex, and district of residence	Would you ever consider using any of the following therapies? (8 named)	45% osteopathy 44% acupuncture 40% aromatherapy 33% chiropractic 32% reflexology 32% homoeopathy 30% hypnotherapy 25% herbalism
MacLennan (1996)	Random and representative, <i>n</i> = 3004, personal interview	73	Multistage systematic area sample of persons aged ≥ 15 years living in Adelaide (Australia) and major country centres (over 1000 inhabitants)	Which of the following have you used in the past year: evening primrose oil, ginseng, herbal medicines, vitamins, homoeopathic remedies, Chinese medicines, aromatherapy oils, mineral supplements, other health products (not calcium, iron or prescribed vitamins)?	<i>Remedies bought</i> 37.7% non-prescribed vitamins 9.9% herbal medicines 9.2% mineral supplements 7.8% evening primrose oil 4.4% homoeopathic remedies 3.5% aromatherapy oils 3.0% ginseng 1.8% Chinese medicine <i>Therapists visited</i> 15% chiropractor 5% naturopath 2% acupuncturist 1.2% homoeopath 0.8% iridologist 0.7% reflexologist 0.6% aromatherapist 0.4% herbalist
Chi (1997)	Random, <i>n</i> = 1358, national household sample, personal interview	53	48% female 30% aged 18–29 years 46% aged 30–49 years 16% aged 50–64 years 8% aged ≥ 65 years From across China (Province of Taiwan)	Do you use or would you use Chinese medicine?	9.6% current users and 31% would consider using Chinese medicine.
Paramore (1997)	Representative, <i>n</i> = 3450	75	Sample from the National Access to Care Survey. From across the USA.	In the last year, did you use any of the following therapies? (4 named)	6.8% chiropractic 3.1% therapeutic massage 1.3% relaxation techniques 0.4% acupuncture
Häussermann (1997)	Representative sample of the German population, <i>n</i> = 2647	n.m. ^a	German citizens aged > 16 years	n.m.	Overall prevalence was 65% (55% for men, 74% for women)
Millar (1997)	Representative, <i>n</i> = 17 626, personal interview	n.m.	The National Population Health Survey, Canada. One person was selected at random from each household.	In the last 12 months, have you seen an alternative health care provider such as an acupuncturist, naturopath, homoeopath or massage therapist?	15% had used some form of CAM; the middle-age group made most use, women more than men, higher-educated individuals more than lower.
Landmark Report (19) (1998)	Random sample of adults in the USA	n.m.	US citizens aged > 18 years who were covered by health insurance.	n.m.	42% had used CAM in the past year 17% herbal therapy 16% chiropractic 14% massage
Astin (1998)	Random sample of adults in the USA, <i>n</i> = 1500, representative of the population of the USA	69	National Family Opinion Survey (USA), age ≤ 18, 80% white, 51% female, 30% high school or less, 12% ≤ US\$ 12 500 yearly income	Have you used any of the following forms of CAM within the past year? (17 named)	40% had used CAM in the past year 16% chiropractic 8% lifestyle diet 7% exercise 7% relaxation
Eisenberg (1998)	Random, <i>n</i> = 2055, telephone interview	60	Random sample of population of USA, 52% female, age distribution and recruitment of sample as in 1990 survey (17), 77% white	As in 1990 survey (17)	Used in the last 12 months: 42% at least one CAM 13% relaxation technique 12% herbal medicine 11% massage 11% chiropractic

^a n.m. = not mentioned.

year (18). A total of 15% had seen a CAM provider. Usage was disproportionately high among women, people who had received higher education, and people in the age range 25–64 years. The relatively low prevalence is probably because the study only considered CAM provided by practitioners rather than including self-prescribed use.

In the USA a study on public perceptions of alternative care (19) was based on telephone interviews with 1500 adults in a random sample of households throughout the country during November 1997. Respondents were required to be ≥ 18 years of age and had to be currently covered by some type of health insurance or health care plan. The results suggested a one-year prevalence of CAM use amounting to 42%. The four most popular therapies were herbal therapy (17%), chiropractic (16%), massage therapy (14%) and vitamin therapy (13%); 74% of CAM users said they used these treatments as an adjunct to mainstream medicine.

Astin reported a survey of 1035 randomly selected individuals in the USA who responded to a postal questionnaire (20). Some type of CAM had been used by 40% of the respondents during the previous year. The most popular therapies were chiropractic (15.7%), lifestyle diet (8.0%), exercise (7.2%) and relaxation (6.9%), which were used most frequently for the following conditions: chronic pain, anxiety, chronic fatigue syndrome, sprains, strains, addictions, rheumatic diseases, headaches, depression, digestive problems and diabetes. The three most powerful predictors of CAM use were high educational level, poor health status, and a holistic approach to matters of health.

The only reliable longitudinal data derive from the 1997 update (9) of the survey conducted by Eisenberg et al. in 1990 (17). Over this period the one-year prevalence of CAM use increased from 33.8% to 42.1%. Medical herbalism was the therapy showing the largest increase (380%). In both surveys about 40% of users disclosed CAM use to their physicians. Expenditure for CAM increased by 45%, reaching US\$ 21 billion in 1997. The most popular CAM modalities in 1997 were relaxation techniques, herbal medicine, massage and chiropractic.

Discussion

These data show that there are considerable uncertainties about the true prevalence of CAM among the general populations of countries. The prevalences reported above varied from 9% (9) to 65% (14). The investigations included in the present review differed markedly in their methodologies, origins and results. There were marked discrepancies in prevalences even within particular countries. In the USA, for example, prevalences in the range 10–16% (9, 11, 19, 20) contrasted with a figure of only 6.8% for chiropractic revealed by a comparatively large survey reporting on named therapies (16).

This degree of variance is not easily explained. There is no indication that in the USA or anywhere else the popularity of CAM in general or chiropractic in particular has decreased during the period concerned. Indeed, there is evidence from the USA that the prevalence of CAM use increased, while that of chiropractic remained stable between 1990 and 1997 (9, 17). Furthermore, there is good evidence from Germany (14) and elsewhere that the popularity of CAM has risen steadily since 1945.

With the exceptions of Paramore's study (16), dealing with only four named forms of CAM, and the investigation by Chi et al. (15), focusing on only Chinese medicine, the surveys were affected by the complex problem of defining CAM. This was bound to lead to considerable variance in prevalences. Most experts would probably agree that electrotherapy (10), exercise (11, 21), mineral supplementation (14) and psychotherapy (27) are mainstream forms of therapy that should not come under the umbrella of CAM. In the interest of clarity, therefore, future studies should assess specifically named therapies rather than CAM in general.

Some surveys were aimed at determining lifetime prevalence of CAM use (10, 15), while others used one-year prevalence data (11, 12, 14, 16, 18, 19, 27). It could be argued that the telephone surveys (9, 17) were biased in favour of the affluent, and that this could have inflated the prevalence values. One survey (13) assessed whether participants would consider CAM, while all the others asked whether CAM had actually been used. Response rates were reported as ranging from 100% (10) to 53% (15), but in some surveys none were given (17, 18, 19). Clearly, future surveys should:

- deal with named therapies rather than with CAM in general;
- be based on samples representative of general populations;
- assess point and one-year prevalences;
- be based on adequate response rates.

On the basis of the data outlined in this review it is problematic to speak of true prevalences of CAM use within the general population of any country. Despite the unreliability of the data, however, several interesting and consistent trends emerge. All the surveys agree that the most likely users of CAM are female, affluent, middle-aged, well-educated and white. It should be pointed out, however, that most of the surveys were conducted in industrialized countries. No surveys conducted in developing countries matched the inclusion criteria. The typical user of traditional medicines in developing countries would almost certainly have different characteristics. A substantial proportion of CAM users do not inform their doctors of this fact. The majority employ CAM as an adjunct to mainstream medicine for the prevention rather than the treatment of illness. The costs of CAM can be considerable, yet its popularity seems to be increasing.

Why do people turn towards CAM? Which forms of CAM are helpful for which conditions? What is the role of the placebo effect and the therapeutic relationship? What risks are associated with the use of CAM? None of these questions can be answered conclusively at present (22–26) because the evidence is too patchy and often contradictory. This

strongly suggests that more research of increased rigour is required into all aspects of CAM.

The prevalence of the use of CAM is likely to vary according to factors that are not fully understood. The available data are both contradictory and unreliable. In order to generate more valuable information, future surveys should exclude the drawbacks of the investigations published to date. ■

Résumé

La place des médecines parallèles : analyse systématique

Il semble que les médecines parallèles soient de plus en plus populaires. Cette analyse systématique récapitule les connaissances actuelles concernant la fréquence de leur utilisation dans la population générale de divers pays.

On a effectué des recherches bibliographiques dans quatre bases de données informatiques (MEDLINE, EMBASE, bibliothèque Cochrane et CISCOM). Ont été incluses dans l'étude les enquêtes qui faisaient état d'un recours aux médecines parallèles dans des échantillons randomisés ou représentatifs de la population générale. Les données ont été extraites de ces articles par une méthode définie à l'avance et normalisée.

Douze enquêtes ont satisfait aux critères retenus. La fréquence du recours aux médecines parallèles a montré des variations marquées, allant de 9 % à 65 %. Même pour une forme donnée de traitement, telle la chiropraxie aux Etats-Unis d'Amérique, des disparités importantes sont apparues. Néanmoins, les données disponibles laissent à penser que ces médecines sont employées fréquemment et de plus en plus.

L'importance de ces dernières semble reposer sur un certain nombre de facteurs décisifs mal contrôlés dans les enquêtes. A l'heure actuelle, la fréquence réelle du recours aux médecines parallèles dans la population générale est mal connue.

Resumen

Examen sistemático de la prevalencia de las medicinas complementarias/alternativas

Al parecer las medicinas complementarias/alternativas gozan de creciente aceptación. En la presente revisión sistemática se resumen los conocimientos actuales sobre la prevalencia de su uso en la población general de diversos países.

Se llevaron a cabo búsquedas computarizadas en la literatura contenida en cuatro bases de datos (MEDLINE, EMBASE, la Biblioteca Cochrane y CISCOM), teniendo en cuenta los estudios en que se hablaba del uso de las medicinas complementarias/alternativas en muestras aleatorias o representativas de la población general. Se empleó un procedimiento predefinido y normalizado para seleccionar los datos de esos documentos.

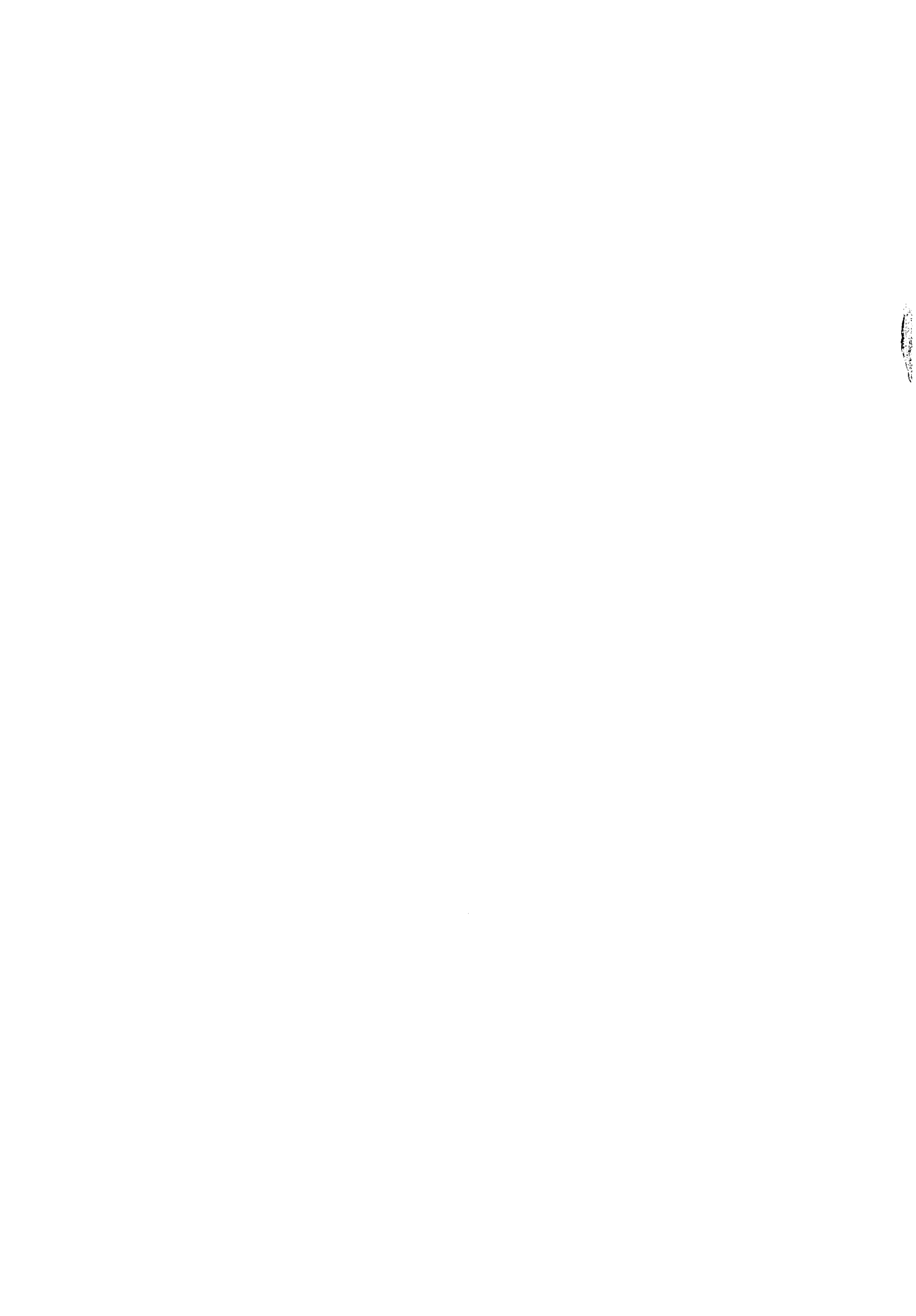
En total satisficieron los criterios precitados 12 estudios. La prevalencia del recurso a medicinas

complementarias/alternativas fue muy variada: entre un 9% y un 65%. Incluso para una misma modalidad de tratamiento como la quiropráctica, según se emplea en los Estados Unidos, se observaron considerables discrepancias. No obstante los datos disponibles indican que las terapias complementarias/alternativas se utilizan con frecuencia y de forma creciente.

Las estimaciones de la prevalencia de las medicinas complementarias/alternativas parecen depender de forma crucial de varios factores que no se controlan bien en las encuestas. Por el momento es difícil establecer la verdadera prevalencia de las medicinas complementarias/alternativas en la población general.

References

1. Ernst E et al. Complementary medicine — a definition. *British Journal of General Practice*, 1995, 45: 506.
2. Barnes J et al. Articles on complementary medicine in the mainstream medical literature. *Archives of International Medicine*, 1999, 159: 1721–1725.
3. *Report on complementary medicines*. Mintel, London, 1997.
4. Brevoort P. The booming US botanical market. A new overview. *Herbal Gram*, 1998, 44: 33–48.
5. Ernst E. Usage of complementary therapies in rheumatology: A systematic review. *Clinical Rheumatology*, 1998, 17: 301–305.
6. Ernst E. Complementary AIDS therapies: the good, the bad and the ugly. *International Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*, 1997, 8: 281–285.
7. Ernst E, Cassileth BR. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer. *Cancer*, 1998, 83: 777–782.
8. Ernst E. Prevalence of complementary/alternative medicine for children: a systematic review. *European Journal of Pediatrics*, 1999, 158: 7–11.
9. Eisenberg D et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280: 1569–1575.
10. Haidinger G, Gredler B. [Extent of familiarity with, extent of use of, and success of alternative therapies in Austria]. *Öffentliche Gesundheitswesen*, 1988, 50: 9–12 (in German).
11. Eisenberg D et al. Unconventional medicine in the United States. *New England Journal of Medicine*, 1993, 328: 246–252.
12. Vickers A. Use of complementary therapies. *British Medical Journal*, 1994, 309: 1161.



13. **Emslie M, Campbell M, Walker K.** Complementary therapies in a local health care setting. Part 1: Is there real public demand? *Complementary Therapeutic Medicine*, 1996, **4**: 39–42.
14. **MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW.** Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet*, 1996, **347**: 569–573.
15. **Chi C et al.** Utilization of Chinese medicine in Taiwan. *Alternative Therapies, Health and Medicine*, 1997, **3**(4): 40–53.
16. **Paramore LC.** Use of alternative therapies: estimates from the 1994 Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1997, **13**: 83–89.
17. **Häussermann D.** [Increased confidence in natural therapies]. *Deutsches Ärzteblatt*, 1997, **94**: 1857–1858 (in German).
18. **Millar WJ.** Use of alternative health care practitioners by Canadians. *Canadian Journal of Public Health*, 1997, **88**: 155–158.
19. *The landmark report on public perceptions of alternative care.* Available on the Internet at: <http://www.landmarkhealthcare.com>
20. **Astin JA.** Why patients use alternative medicine. Results of a national study. *Journal of the American Medical Association*, 1998, **279**: 1548–1553.
21. **Fisher P, Ward A.** Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 1994, **309**: 107–111.
22. **Ernst E, Willoughby M, Weihmayr TH.** Nine possible reasons for choosing complementary medicine. *Perfusion*, 1995, **8**: 356–358.
23. **Ernst E, ed.** *Complementary medicine, an objective appraisal.* Oxford, Butterworth, 1996.
24. **Dalen JE.** “Conventional” and “unconventional” medicine. Can they be integrated? *Archives of Internal Medicine*, 1998, **158**: 2179–2181.
25. **Davidoff F.** Weighing the alternatives: lessons from the paradoxes of alternative medicine. *Annals of Internal Medicine*, 1998, **129**: 1068–1070.
26. **Astin JA et al.** A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Archives of Internal Medicine*, 1998, **158**: 2303–2310.