

Gilberto Ribeiro Vieira

Homeopatia e Saúde

do reducionismo ao sistêmico



CRM-AC
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Homeopatia e Saúde

do reducionismo ao sistêmico



Homeopatia e Saúde do reducionismo ao sistêmico

Gilberto Ribeiro Vieira

Coordenador do primeiro Curso Lato-Sensu em Homeopatia patrocinado pelo Ministério da Saúde, e realizado pela Universidade Federal do Acre e Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, com o copatrocínio da Secretaria de Estado de Saúde do Acre e do Conselho Regional de Medicina - Acre.

Professor de Pediatria da Universidade Federal do Acre.
Médico homeopata da Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

Revisão Geral

Renato Sampaio de Azambuja



CRM-AC
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Rio Branco - Acre
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (UFAC)

Reitor: **Minoru Martins Kinpara**

Vice-Reitora: **Margarida de Aquino Cunha**

Pró-Reitor de Planejamento: **Alexandre Ricardo Hid**

Pró-Reitora de Graduação: **Maria Socorro Neri Medeiros de Souza**

Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação: **Josimar Batista Ferreira**

Pró-Reitor de Administração: **Thiago Rocha dos Santos**

Pró-Reitora de Desenvolvimento e Gestão de Pessoas: **Filomena Maria Oliveira da Cruz**

Pró-Reitor de Extensão e Cultura: **Enock da Silva Pessoa**

Pró-Reitor de Assuntos Estudantis: **Cleilton França dos Santos**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO ACRE (CRM/AC)

Presidente: **Dilza Terezinha Ambros Ribeiro** - CRM 188

Vice-Presidente: **José Wilkens Dias Sobrinho** - CRM 157

1ª Secretária: **Luciene Pereira de Oliveira** - CRM 460

2ª Secretário: **Antonio Herbert Leite Militão** - CRM 196

1º Tesoureiro: **Luiz Carlos Beyruth Borges** - CRM 64

2º Tesoureiro: **Wellington Ferreira Brum** - CRM 285

Corregedora: **Dinair Castro Mendes Leão** - CRM 175

SubCorregedor: **Francis Kashima** - CRM 746

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE (Edufac)

Diretor

Prof. Dr. Antonio Gilson Gomes Mesquita

Conselho Editorial

Antonio Gilson Gomes Mesquita (Presidente), Jacó César Piccoli, Milton Chamarelli Filho, Lindinalva Messias do Nascimento Chaves, Alexandre Melo de Sousa, Lucas Araújo Carvalho, Silvane Cruz Chaves, Manoel Domingos Filho, Eustáquio José Machado, Maria do Socorro Craveiro de Albuquerque, Thatiana Lameira Maciel, Reginaldo Assêncio Machado, Kleyton Góes Passos, Wendell Fiori de Faria, Vera Lúcia de Magalhães Bambirra, Zenóbio Abel Gouveia Perelli Gama e Silva, Edson Guilherme da Silva.

Gilberto Ribeiro Vieira

Coordenador do primeiro Curso Lato-Sensu em Homeopatia patrocinado pelo Ministério da Saúde, e realizado pela Universidade Federal do Acre e Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, com o copatrocínio da Secretaria de Estado de Saúde do Acre e do Conselho Regional de Medicina - Acre. Professor de Pediatria da Universidade Federal do Acre.

Médico homeopata da Secretaria de Estado de Saúde do Acre.

Revisão Geral: **Renato Sampaio de Azambuja**

Diagramação: **Samuel Tabosa de Castro**

Impressão: **LER Editora Ltda.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

V665h Vieira, Gilberto Ribeiro, 1953-
Homeopatia e saúde: do reducionismo ao sistêmico / Gilberto Ribeiro Vieira. - Rio Branco: Edufac: CRM/AC, 2013.
323 p. : il.

Inclui bibliografia, glossário e índice.

ISBN: 978-85-8236-007-1

1. Medicina e Saúde. 2. Homeopatia. I. Título.

CDD: 615.532

CDU: 615.015.32

Dedicatória

A todos os profissionais de saúde que, vencendo as barreiras do separatismo, do preconceito e da intolerância, estendem suas mãos uns aos outros e, com respeito mútuo, unem seus esforços e trabalham em conjunto, apesar das diferentes abordagens terapêuticas.

Agradecimento especial

Sinto-me extremamente honrado com a publicação deste livro pelo Conselho Regional de Medicina do Acre. Reconheço que a obra não tem qualidades para tamanha deferência, e que somente a grandeza dos integrantes desse CRM, liderados pela Dra. Dilza Teresinha Ambrós Ribeiro, possibilitou a realização do fato inédito.

Oxalá o nobre gesto contribua para que os médicos em geral se interessem em apreender noções de homeopatia, permitindo assim que essa especialidade coopere, dentro de suas limitações, para o engrandecimento da medicina.

Agradecimentos

À Vida, por ser médico. Esta profissão da solidariedade, por excelência, convoca-me diuturnamente para servir ao próximo, sem qualquer restrição, e a estudar sempre, com renovado prazer.

À Medicina brasileira, por acolher generosamente a homeopatia e permitir que a sua inserção aconteça em regime de paz e liberdade.

À Homeopatia, pela singeleza com que esconde seus preciosos recursos e exige que o interessado tenha *olhos de ver* a fim de identificá-los.

Aos muitos amigos que o ambiente médico — desde o curso na graduação — e o meio homeopático trouxeram aos meus braços.

Ao Ministério da Saúde, pela aprovação e patrocínio do projeto do primeiro curso de especialização em homeopatia do Brasil, elaborado por este autor.

À Universidade Federal do Acre, pelo acolhimento ao referido projeto, e a possibilidade de promover cursos de extensão em homeopatia para acadêmicos de medicina.

À Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, pelo apoio e parceria na execução do citado curso de especialização. Igualmente ao Conselho Regional de Medicina do Acre e Secretaria de Estado de Saúde do Acre pelo copatrocínio do mesmo.

Aos meus pais, pela herança de valores que carrego invariavelmente na alma.

À esposa e filhos, que se apossaram em definitivo do meu coração.

Ao saudoso homeopata Carlos Melo, *in memoriam*, de Goiânia, que revisou o esboço dos primeiros capítulos do livro e estimulou-me a seguir adiante.

Ao homeopata e cirurgião Renato Sampaio de Azambuja, de Porto Alegre, que colaborou com presteza e comprometimento na revisão geral da obra. Seus comentários lúcidos e observações pertinentes contribuíram de modo decisivo tanto para a consistência do texto, dentro das limitações do original, bem como para tornar a redação mais fluida. Tê-lo na autoria do capítulo *A Homeopatia, a Medicina e o SUS* representa enorme satisfação.

Aos meus pacientes, pela honra de me escolher para cuidar de sua saúde. Foram e serão sempre as principais testemunhas de que a terapêutica homeopática tem procedência e sentido.

Ao leitor, razão final de todas as palavras aqui empenhadas.

Gilberto Ribeiro Vieira

SUMÁRIO

PREFÁCIO	13
----------------	----

SAÚDE E DOENÇA

DA UNIDADE À DUALIDADE: PRIORIZAÇÃO TERAPÊUTICA.....	19
A PESSOA COMO UNIDADE DINÂMICA.....	23
A DOENÇA: SELEÇÃO DE ALTERAÇÕES DO DOENTE.....	27
SISTÊMICO E REDUCIONISMO: TRAJETÓRIAS COMPLEMENTARES.....	35
DOENTE: UNIDADE MENTE-CORPO.....	41
ROTEIRO HOMEOPÁTICO: DA DOENÇA À SAÚDE	45
SUSCETIBILIDADE E PREDISPOSIÇÃO.....	49

DIAGNÓSTICO

PATOGENESIA	57
OPERACIONALIDADE	65
GUAJACUM OFFICINALE - PATOGENESIA.....	73
Resultados	74
Discussão e conclusões.....	78
FATOS E HIPÓTESES.....	81
MATÉRIA MÉDICA	87
Matéria médica dialética	88
Método tradicional.....	89

Método dialético	89
Antagonismo.....	90
Gradação	91
Analogia.....	92
Quadro bipolar	93
Dulcamara	95
Ignatia Amara	102
Caso clínico de Ignatia	115
Cannabis indica.....	117
DINÂMICA DIALÉTICA.....	127
SINTOMA HOMEOPÁTICO.....	131
Totalidade e peculiaridade.....	133
O significado do sintoma	138
A CONSULTA HOMEOPÁTICA	143
Repertorização	147
Desenho.....	151

CURA

CONCEITO DE SAÚDE.....	155
A TERAPÊUTICA.....	159
Redimensionando o princípio dos semelhantes	160
Patogenesia <i>versus</i> toxicologia.....	166
Efeito curativo.....	170
Efeito paradoxal.....	173
Unindo semelhantes e contrários.....	175
Efeito lógico	177
Medicamento químico sob enfoque homeopático	180
Virtude medicinal.....	185
Efeito global.....	188
Treinamento e suscetibilidade.....	190
Caso clínico.....	192
PROGNOSE E CURA	195
Centralização e maturidade.....	197
Liberdade	200
Prognose.....	202
Supressão e metástase mórbida.....	206
Biopatografia e prognose.....	208

AGRAVAÇÃO TERAPÊUTICA.....	211
Introdução	211
Agravção e hanseníase.....	215
Agravção e tuberculose	217
Agravção e sífilis.....	219
Progressividade e agravção	221
Agravção e implicações.....	225
Diagnóstico diferencial	228
Agravção: conclusões.....	229
Agravção e caso clínico	231
LEIS DE CURA	235
Introdução	236
Material e método.....	237
Resultados	237
Discussão.....	240
Conclusões	246
Externação	247
Casos Clínicos	249
Caso clínico um.....	249
Caso clínico dois	251
Caso clínico três	253
Caso clínico quatro.....	254
Caso clínico cinco	258
Caso clínico seis	260
Caso clínico sete.....	265
O HOMEOPATA COMO FATOR TERAPÊUTICO	267
O MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO	273
Energia	274
Difusão	276
Discussão e conclusões.....	280
Caso clínico	282
Medicamento homeopático em doses ponderais.....	283
Caso clínico com doses ponderais 1.....	284
Caso clínico com doses ponderais 2.....	288
A HOMEOPATIA, A MEDICINA E O SUS (Renato Sampaio de Azambuja)	291
POSFÁCIO	297
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	301
GLOSSÁRIO	315
ÍNDICE	317

PREFÁCIO

Espalham-se nas páginas deste livro pouco mais de trinta anos de exercício de homeopatia vivenciados pelo autor. Os doze iniciais, exclusivamente com crianças, devido à especialização em pediatria. Em seguida, a atuação estendeu-se às demais faixas etárias, sendo que nos últimos anos deu-se preferência aos adolescentes, em função de mestrado com foco nesse grupo. Além disso, a experiência docente na área de pediatria da Universidade Federal do Acre, nos últimos dez anos, permitiu acompanhar o processo de formação médica, com sua beleza e limitações. A docência precoce em homeopatia, em Brasília, prosseguiu em Belo Horizonte e ficou latente após a mudança para Rio Branco, sendo reativada com a coordenação do curso de pós-graduação *lato sensu* patrocinado pelo Ministério da Saúde, realizado pela citada Universidade, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, e copatrocínio da Secretaria de Estado de Saúde do Acre e Conselho Regional de Medicina-Acre.

Ao longo desse período, ocorreu notável expansão da especialidade no Brasil e em alguns países, mas houve pouco avanço na investigação científica, segundo o seu próprio modelo. Assim, o discurso herdado das gerações anteriores, já caduco, persiste como arcabouço teórico vigente nas escolas e no pensamento dos profissionais. Disso, resultou uma difusão extraordinária no sentido geográfico, aliada à quase estagnação conceptual, com raras exceções.

No entanto, a homeopatia constitui uma abordagem terapêutica extremamente enriquecedora à medicina. Mesmo que a contemporaneidade superestime as maravilhas tecnológicas, à conta de imenso tesouro, lamenta-se em toda a parte a dificuldade frequente do profissional de saúde para cuidar do enfermo, antes de tudo, como ser humano, demonstrando empatia genuína pelo seu sofrimento. E o discípulo de Hahnemann esbanja tais recursos. Constrangido a somar as alterações psicológicas de cada paciente a fim de compor o diagnóstico medicamentoso, ele conduz a entrevista de modo a conhecer com detalhes a singularidade do indivíduo que tem pela frente. E o que deveria ser natural em qualquer especialidade, transforma-se numa diferença marcante e a eleva a um segmento que parece se importar mais com os sentimentos da pessoa, extraindo enorme proveito da fecunda relação médico-paciente.

De fato, ao se comparar o conjunto fenomênico, objeto do trabalho do médico convencional com a prática rotineira do médico homeopata,

constata-se que a doença prevalece na atenção do primeiro e o indivíduo como um todo na do último. Então, o resultado local daquele contrasta nitidamente com a resposta abrangente deste.

Mas, a metodologia científica, com seus recortes intermináveis, confere embasamento à proposta que reduz a intervenção e impõe restrições à que amplia o número de variáveis. As últimas décadas trouxeram à luz novos métodos de investigação, cujo realce na qualidade facilita a inserção da homeopatia no campo da saúde, cabendo aos que a exercem redobrar esforços nas pesquisas e estudos a fim de consolidar o avanço e a confirmação dessa terapêutica.

O texto aqui apresentado não segue as diretrizes tradicionais da literatura acerca do assunto. Ao contrário, propõe nova compreensão no tocante a aspectos fundamentais, a exemplo da chamada lei dos semelhantes e dos contrários, da diluição, do significado da agravação e das leis de cura. Se, por um lado, a medicina convencional apoia-se no efeito terapêutico mais evidente e repetitivo da substância, o que a leva a reunir diversos medicamentos para um só paciente, pelo outro, o método homeopático lida com os efeitos raros, sutis e peculiares e, esmiuçando as características de cada enfermo, seleciona apenas um único remédio, transmutando a intervenção num fenômeno preferentemente global no organismo. A maior quantidade de variáveis — sejam efeitos terapêuticos da substância, sejam sintomas do doente — evolui para a qualidade, como demonstra a dialética. Assim, pode-se traçar um paralelo contínuo entre a abordagem reducionista, predominante na metodologia científica quantitativa, e a sistêmica, prevalente na homeopatia, cada qual com vantagens e limitações próprias.

Porém, talvez a diferença essencial deste livro em relação aos textos clássicos da especialidade seja a primazia concedida ao paciente e não à substância medicinal, em que pese o seu inegável valor. É que o ser vivo representa um sistema muito mais vasto e complexo do que o recurso terapêutico. Residem no indivíduo os principais fatores que engendram a enfermidade, e igualmente possibilitam a cura. A ciência hahnemaniana comete, nesse sentido, a incoerência de apregoar a doença como um processo endógeno, mas depois transfere todo o mérito da reintegração à higidez para o elemento medicamentoso, portanto, exógeno.

A análise pormenorizada da história de vida do paciente revela que a patologia estruturada em seu corpo guarda estreita semelhança com as suas próprias características de temperamento. Na verdade, os sintomas físicos e os traços psicológicos compõem uma entidade única, mesclando a fração concreta e a subjetiva num mesmo processo. Também se pode aduzir que a forma particular do enfermo proceder, em suas ações no mundo, costuma se repetir no modo como ele reage quando se submete a qualquer tipo de tratamento.

Portanto, é na pessoa que se centra a origem da enfermidade, e é ainda nela que nascem as chances de restabelecimento. Qualquer que seja a natureza da intervenção terapêutica, o resultado depende do potencial

do indivíduo. Por isso, a moléstia mais banal e corriqueira, sob as mãos de um médico competente e maduro, pode redundar em complicações e óbito. Caso ele sondasse, com rigor no método e no critério, o percurso emocional do paciente, detectaria sua propensão para tal desfecho.

Enfim, ainda que a homeopatia encontre resistência por parte de algum médico, ele há de reconhecer que essa especialidade tem uma contribuição singular na esfera do homem como unidade mente-corpo. E, ainda que nunca se arrisque ao estudo mais aprofundado de suas disciplinas, poderá haurir um aprendizado valioso da concepção global ou sistêmica. Não convém ao profissional limitar-se às reduzidas fronteiras da patologia porque o enfermo consiste sempre numa criatura que carrega ilusões e esperanças, afetos e dores, sonhos e decepções. É esse interior denso e profundo que se retrata a si mesmo através de disfunções, desarranjos e lesões. Tratar apenas a manifestação orgânica, desprezando a contraparte psicoafetiva que a produziu, constitui uma perda irreparável, já que ignora a mais importante fonte de reorganização da saúde, ocasionando tremendo prejuízo para o próprio paciente e a medicina, bem como aliena o médico de seu autêntico papel de cuidador de doentes.

O Autor



SAÚDE E DOENÇA

DA UNIDADE À DUALIDADE: PRIORIZAÇÃO TERAPÊUTICA

O corpo humano sadio manifesta-se como maravilhosa e complexa unidade, em todos os momentos e circunstâncias. Milhares de funções se coordenam com harmonia e equilíbrio. Milhões de células, cujos tipos variam ao extremo, congregam-se no exercício de seus respectivos encargos. As necessidades individuais são previstas e atendidas, mesmo nos mais remotos confins. Água, oxigênio e nutrientes são abastecidos ininterruptamente, ao mesmo tempo em que excretos são eliminados. A quantidade de substâncias é monitorada a todo instante. Corrige-se imediatamente qualquer desvio dos padrões habituais. Tudo flui nos devidos níveis e limites. A mínima perturbação num sítio superficial e aparentemente inexpressivo acarreta a mobilização da estrutura, impondo reparação ou regulação incontínua. Extrema sensibilidade e acurada vigilância garantem a estabilidade dinâmica do sistema. A autopreservação individual e coletiva — definidas rigorosamente — é assegurada na permuta incessante entre todos. Não há insubordinação, reivindicações, contestação. Nenhum elemento foge ao dever. Por outro lado, a reposição de partículas, componentes e cidadãos celulares mostra-se contínua. Essa renovação permanente previne *déficits* e falhas. Há um trabalho geral e permanente, seguido à risca na organização de si mesmo. O organismo é um todo, uno e coeso. Há uma hierarquia silenciosa, justa e eficaz. O alto comando nervoso administra e estabelece ações que são cumpridas em todo o território, inapelavelmente. Desse modo, o bem-estar representa inigualável prêmio que todos repartem jubilosamente entre si, sem exceções (HAHNEMANN, 1994, par.9).

Entretanto, tal estado pode ser ofuscado de modo discreto ou intenso, passageiro ou permanente. Desde a alteração leve como uma cefaleia branda ou má digestão corriqueira até uma enxaqueca terrível ou câncer de estômago, o paciente caminha para a perda progressiva daquele supremo bem-estar e afunda-se no incômodo da perturbação. O estado unitário cedeu vez à dualidade (VIEIRA, 1991, cap. 2, item 37). O organismo não é mais um conjunto uno e harmônico, nem consegue restabelecer a antiga estabilidade em toda sua extensão ou profundidade. Há um desarranjo interno. Existe um setor que escapa ao fluxo da vida. O todo se mantém dinâmico e organizado nos elementos que o compõem, mas algo se rebela e não age como dele

se espera, não cumpre seu ofício costumeiro. O câncer exemplifica o grau máximo do dualismo: expande-se à revelia das normas orgânicas, invade estruturas vizinhas, espolia todo o conjunto em função de seus próprios interesses (UBALDI, 1986). E a morte, exceto em circunstâncias naturais, demonstra o predomínio absoluto do segmento alterado sobre o restante.

A passagem do estado beatífico de unidade para a condição conflituosa de divisão interna pode ocorrer de modo brusco, gradativo ou intermitente. Também há que se destacar que o quadro dual pode ser discreto ou grave. A verruga demonstra que a pele deixou de ser uniforme em toda a superfície corporal. Sem gravidade, porém constante, ela configura um dualismo discreto. O que importa, nesse momento da análise, é constatar que a unidade cinde-se num complexo bissegmentado, e o conjunto de sinais e sintomas recebe o nome de alguma doença (GHATAK, 1978, p. 25).

Embora se reconheça a importância do meio ambiente, a ponto de Marcondes *et al.* (2004, p. 135) afirmarem que o nível de saúde varia *de acordo com o estrato social da população*, a fração acometida do homem constitui o foco da medicina convencional. Sua atenção se concentra especialmente nesta parte afetada, em seus mecanismos locais. A prioridade é conhecer o conjunto dessas alterações, suas respectivas causas, antecedentes, riscos associados, complicações e desenvolver uma terapêutica ou prevenção com base nessas informações. Então, apesar de que DiGiovani *et al.* (2006, p. 20) admitem teoricamente a importância do *comportamento cultural e sexual* na gênese do câncer, Robins *et al.* (2006, p. 2) sintetizam — na mesma obra — a visão da oncologia, no subtítulo de um dos capítulos: *o câncer como doença celular*. Assim, o enfoque não arreda um instante do orgânico, desconhecendo por completo ou minimizando excessivamente os fatores psicossociais que precedem e, em tese, desencadeiam as alterações cromossômicas que suscitarão a enfermidade. Portanto, a biomedicina se propõe a consertar o dano e, nesse sentido, admite extirpar um órgão parcial ou totalmente, ou substituí-lo por meio de transplante, quando indispensável à vida.

A homeopatia, por outro lado, considera, de preferência, a pessoa como um todo, tanto em suas condições atuais, mas também nas anteriores — quando saudável — e que foram vencidas pela perturbação. Assim, a terapêutica holística atua fortalecendo a parte residual sadia, de modo que se imponha e restabeleça a ordem e a homeostase.

Neste momento, é oportuno introduzir o conceito de homeostase, extraído de Cannon (*apud* CAPRA, 1996, p. 51): *mecanismo autoregulador que permite aos organismos manter-se num estado de equilíbrio dinâmico, com suas variáveis flutuando entre limites de tolerância*.

Todavia, o resultado homeopático, abrangente e profundo, perde-se na obscuridade perante a metodologia científica moderna — eminentemente quantitativa — o que tem prejudicado em demasia o seu progresso, e onerado o trabalho dos homeopatas, pois se veem sobrecarregados com a necessidade de executar pesquisas, embora não disponham das oportunidades para tal desafio.

Analisando a investigação científica na área médica, de acordo com a perspectiva histórica, Campana *et al.* (2001, p. 122) relatam a existência de fases sucessivas: 1. Reduccionismo — pesquisa, por exemplo, as moléculas como agentes causais; 2. Vitalismo — propõe que o corpo-máquina, conceito reducionista, está sujeito à influência da alma; 3. Determinismo — com destaque para Claude Bernard, no qual para cada efeito há uma causa determinante, e que evoluiu para o determinismo probabilístico. 4. Holismo — surgido no século XX — *considera que a maioria das coisas e dos seres vivos é constituída de inúmeros elementos que interagem uns com os outros, de tal maneira que o todo adquire características que não estão presentes em suas partes constituintes (o avião é constituído de inúmeras partes que, quando reunidas adequadamente, o tornam um sistema capaz de voar).*

E os autores prosseguem, discorrendo sobre o holismo:

*Todos os sistemas têm algumas características comuns (ex: se um dos componentes falha, todo o sistema é afetado; os sistemas tendem a alcançar e manter certo equilíbrio etc.). [...] Nestas condições, **há que se notar que os métodos científicos tradicionais são geralmente inadequados para a resolução de problemas complexos, tais como os sistemas podem apresentar.** [grifo do autor].*

E, apesar do conflito óbvio entre reduccionismo e holismo, *é possível e há interesse em harmonizá-los. Esta estratégia (analisar simultaneamente o simples e o complexo; por exemplo, a molécula pela biologia molecular e sua função na célula viva por análise de sistema, relacionando-as) é chamada de ‘convergência de análises.’* (Campana, 2001, p. 122).

Embora Samuel Hahnemann, o célebre descobridor da homeopatia, tenha se mostrado vitalista em diversas incursões teóricas, o que parece ter restado de mais sólido — e até mesmo se fortalecido com o tempo — é o holismo de sua terapêutica. Ao longo de todo este texto, ficará evidente que os métodos científicos contemporâneos ainda não a contemplam, ou não houve diálogo suficiente entre os pesquisadores e os homeopatas a fim de que esses possam aderir às investigações de forma livre e confortável, sem se desfazer da complexidade inerente à prática holística.

Portanto, ao não abrir mão do indivíduo como um todo, a homeopatia fica à margem dos métodos científicos tradicionais. E tudo indica que ‘convergência de análises’ permanece em prolongada gestação.

Talvez houvesse menos conflito entre a abordagem reducionista e os estudos de sistemas complexos, se houvesse mais reflexão sobre as palavras de Hegenberg (1998, p. 14):

...a Medicina não ganhou ainda ‘status’ de disciplina científica. Seria, talvez, um conjunto de atividades em que ora predomina a atitude científica (orientada pelo emprego de recursos que a tecnologia tem

fornecido), ora predomina a aceitação de certos valores sociais (focalizando principalmente o desejo de tornar mais satisfatória a vida humana, dela afastando os males que a perturbam).

Aparentemente, a ciência ainda precisa desenvolver novos métodos capazes de lidar com sistemas dinâmicos. Apesar do descompasso, exposta ao preconceito e arcando com as consequências da desinformação geral, a homeopatia sobrevive e se expande no mundo. Na década de 90, existiam dezesseis mil médicos nessa área e a especialidade ocupava a décima sexta posição no Brasil. Como é possível?

Torna-se inevitável considerar a hipótese de que ela tenha algum tipo de eficácia, levando esses milhares de profissionais a se entregar plenamente ao seu ofício, renunciando a muitas vantagens que desfrutariam no sistema de saúde convencional! Quais encantos os atraem e os tornam tão dedicados e fiéis de maneira que, apesar de todos os desencontros, eles permaneçam alegres e agradecidos pela oportunidade de trabalhar na seara de Hahnemann?

A PESSOA COMO UNIDADE DINÂMICA

Saúde e doença guardam entranhado relacionamento, sendo a última apenas uma variante ou estado anômalo da primeira. Kent (1970, p. 13-4), consagrado homeopata, observa:

...quem é este homem? Os tecidos não podem se tornar doentes a menos que alguma coisa anterior tenha se desarranjado e os tornando doentes. O que há neste homem que pode ser chamado de homem interno? [...] A combinação da vontade e do entendimento constituem o homem. Juntos, eles fazem vida e atividade, produzem o corpo e causam todas as coisas nele. Com a vontade e o entendimento operando em ordem, tem-se o homem sadio.

Qualquer que seja a patologia, cabe lembrar que ela se instala em órgãos e funções. Não existe alteração mórbida que acometa o ser vivo e que se manifeste como algo independente do mesmo (RIBEIRO, 1997, p. 80). Por mais grave que a perturbação se torne, resume-se a alguma disfunção e/ou lesão delimitada ou geral, leve ou intensa, recente ou antiga de um indivíduo. Não se concebe a enfermidade como algo alheado do homem, e sim uma forma de estar no mundo. Toda doença se expressa através de sinais e sintomas e para que eles surjam é indispensável um organismo. Ainda que associada à presença de bactérias, fungos, vírus, intoxicações, antígenos, radiações, enfim, qualquer agente externo, é necessário afetar células e nervos, vasos e estruturas de modo a se revelar. Quando se obtém o isolamento e cultura de algum microrganismo, jamais se pode dizer, por exemplo: eis aqui uma sífilis. De acordo com Coulter (1980, p. 28), no máximo, afirma-se: eis o bacilo relacionado à sífilis. Porque a manifestação clínica, após a contaminação, varia desde a ausência de qualquer sintoma até um quadro grave e fatal, dependendo de cada indivíduo.

Esse conceito básico resgata a importância de preservar o enfoque patológico e terapêutico no ser humano, demonstrando que é possível vê-lo como unidade, mesmo na vigência de alguma patologia. Ainda que minado por lesões graves, elas são vistas como distorções da dinâmica estrutural ou funcionais de órgãos, antes saudáveis. Mesmo que o desequilíbrio alcance funções essenciais, tal desarranjo teve uma origem, ou seja, há uma atividade fisiológica que foi substituída no todo ou em parte pelo quadro patológico. Enfim, a homeopatia permanece na abordagem unitária,

não se afastando da visão do conjunto, pois nos termos de Hahnemann (1994, par. 19), *as enfermidades não são mais do que alterações no estado de saúde do indivíduo, que se manifestam por sinais mórbidos, assim como a cura só é possível também por uma volta ao estado de saúde do indivíduo enfermo.*

Essa perspectiva desfaz, portanto, a dicotomia de se ver a afecção como entidade distinta e autônoma em relação ao paciente. É porque alguma estrutura orgânica se contraiu que ocorreu falta de ar ou isquemia; ou por ter se dilatado que surgem evidências de sobrecarga ou acúmulo. Faz-se indispensável a modificação fisiológica para que se caracterize o início dos sintomas. Mesmo quando acontece notória reação, a exemplo da anafilaxia ou da doença autoimune, a perturbação só alcança existência graças à mobilização de células e componentes químicos pertencentes ao sujeito. E para que as bactérias, vírus ou fungos alojados na pele ou mucosas produzam uma simples bolha ou crosta, é necessário que haja destruição das camadas dérmicas, substituídas pela edificação patológica (SELYE, 1978). Na linguagem de Eizayaga (1972, p. 90), *a enfermidade clínica costuma ser não uma série de fenômenos biológicos diferentes dos normais e sim um exagero quantitativo ou qualitativo dos fenômenos fisiológicos, por aumento ou por defeito, a depender sua manifestação de cada indivíduo.* Quando o distúrbio é infeccioso, o material utilizado para a multiplicação dos microrganismos é extraído do próprio paciente, do qual o agente externo carece para se multiplicar ou se expressar.

Em síntese, não há doença sem doente. Ainda que possa ser vista — como afirma Pires (1996, p. 62) — em *sua dimensão de concretude*, toda e qualquer patologia se reduz a alguma manifestação da perda de homeostase. O processo mórbido não é capaz de se exprimir com autonomia — ele não possui identidade para se exibir fora da pessoa. O cálculo renal, depois de extraído, reduz-se a fragmento inerte. Todos os sintomas associados a ele faziam parte da pessoa e, em função disso, podem ser muito variados. As bactérias envolvidas frequentemente em casos de infecção hospitalar grave não destroem o meio de cultura laboratorial em que prosperam, quando *in vitro*, nem danificam o material nos quais se mantêm. Pesquisa realizada em instrumentos hospitalares constatou que de *um total de 107 estetoscópios examinados, dos quais 73 eram de médicos e 34 de enfermeiras e outros profissionais de saúde, 84 (78,5%) tinham contaminantes bacterianos.* [...] *Embora a maioria dos organismos isolados nestes estudos fosse considerada não patogênica, um percentual significativo dos isolados eram potencialmente patogênicos* (UNEKE, 2010).

Observando-se o dinamismo do fenômeno, chega-se à conclusão que o indivíduo leva algum tempo para manifestar, de modo ostensivo, sua própria doença, denominada neste texto como *enfermidade homeopática*, e definida como **o conjunto de perturbações orgânicas, sensoriais e psicológicas de uma pessoa**. Essa trajetória precisa ficar muito bem compreendida desde o ponto inicial, do sujeito sadio até o seu fim: sujeito doente. Ele deve ser visto em sua unidade, pois é o mesmo indivíduo, porém, nesse último está-

gio, algumas funções se mostram desequilibradas e os eventuais danos ou sequelas, sejam mentais ou físicos, podem já estar presentes (CLOSE, 2000).

Rosenbaum (2005, p. 48) afirma que

...há quem duvide dessa associação entre o estado psicológico como produtor ou desencadeador de doenças. Já se ouviram cientistas muito respeitados ridicularizando a relação. Mas, [...] algumas pesquisas já apontam, por exemplo, para evidências bioestatísticas bem estabelecidas de que pessoas que sofrem de depressão têm quatro vezes mais probabilidade de desenvolver insuficiência cardíaca do que as que não têm o problema.

O desafio de vincular os fatores emocionais à anomalia orgânica parece residir no fato da medicina lidar geralmente com sintomas acentuados, que já caracterizam alguma moléstia. Acrescente-se a isso a ausência de uma explicação fisiopatológica clara e direta que a vincule ao estado mental. Tais motivos parecem ocasionar o menosprezo pelas alterações sutis, mesmo quando profundas, as quais adquirem grande valor na homeopatia.

Assim, embora se reconheça que é necessária a associação do fator genético à influência ambiental para o desencadeamento da obesidade, alguns estudos que investigaram a possibilidade de diferença psicológica entre indivíduos de pesos distintos...*não encontraram nenhuma de tais diferenças entre pessoas obesas e de peso normal em medições de sintomas depressivos, psicopatologia geral, assertividade e acanhamento* (WING; KLEM, 1997, p. 546). Mas, o fato de não se ter encontrado diferenças psicopatológicas não exclui a chance de que existam diferenças psicológicas.

A obesidade é uma alteração orgânica generalizada. Sob o prisma sistêmico, os elementos emocionais subjacentes não se restringem, obrigatoriamente, a aspectos psicopatológicos. Há que buscá-los nos contornos psicológicos do indivíduo, em sua postura existencial. Dentre os obesos que este autor já teve a oportunidade de acompanhar, um dos mais estruturados psicologicamente foi o de uma mulher com cerca de quarenta anos de idade, com atitudes frequentes visando agradar os demais. Estava sempre presenteando os amigos e familiares, promovia-lhes festas surpresas e empenhava-se para oferecer-lhes toda a sorte de mimos. Tal característica era muito reforçada pelo meio ambiente, e ela passou a ter necessidade desse reconhecimento. A hipertrofia de si mesma constitui o lado emocional da obesidade dessa paciente. Porém, o mais peculiar no caso é que ela aparentava desinteresse no tocante às suas próprias realizações, e o seu objetivo oculto era que insistissem ou manifestassem a importância de sua iniciativa. Na verdade, ela queria ser admirada, bajulada, e esse foi o principal dado para a prescrição homeopática, pois exprime, em síntese, a sua intencionalidade de vida.

Outro traço genérico de personalidade que se pode correlacionar à obesidade é a tendência a ultrapassar limites. Este indivíduo costuma ocupar

a vez do outro, o lugar alheio, o direito de terceiros e a ser o centro das atenções desnecessariamente. A pessoa parece não se dar conta de que **o aumento de sua própria projeção no meio, quando indevido, parece levar, dentre outras alterações, à obesidade**. Enfim, o sujeito obeso pode não apresentar qualquer evidência de psicopatologia ou neurose, contudo, sob a ótica da homeopatia, as alterações físicas e o temperamento exprimem um único conteúdo.

Aqui se percebe que o reducionismo pode ocorrer em duas modalidades: 1. Quantitativo: no tocante ao número de variáveis com as quais se trabalha; 2. Qualitativo: seleciona apenas variáveis intensamente modificadas. Nesse último caso, não se consegue identificar os sintomas quando ainda são alterações sutis (psicológicas), e exige-se a presença de distúrbios já patentes (psicopatológicos), pois se distinguem somente os transtornos acentuados. *Enquanto a psicopatologia fenomenológica se manteve profícua no estudo das situações mais graves e de explicação mais difícil, como os fenômenos psicóticos, ela tem tido dificuldade em se ocupar das patologias 'menores' mas mais frequentes: neuroses e perturbações da personalidade* (ABREU, 2002, p. 27).

Tudo indica que a situação da psiquiatria pode ser generalizada para outras especialidades. Há um grande desenvolvimento no campo do diagnóstico e da terapêutica, em especial com a aplicação de recursos tecnológicos de alta complexidade, no entanto, alterações relativamente banais, que incomodam quantidade imensa de pacientes, permanecem com possibilidade de intervenção muito limitada. É usual queixa de que “apesar de meus incômodos, o médico disse que eu não tenho nada!”

Com admirável lucidez, o médico e psicanalista Perestrello (2006, p. 45) contesta a tradição de se considerar o homem como figura passiva perante a manifestação de sua patologia: *...acredito ser a doença um episódio do 'destino' daquela pessoa, fruto de sua configuração já estruturada havia muito, talvez o acme de sua direção. Penso [...] que a enfermidade, como corolário da forma de ser da pessoa, foi a expressão máxima de sua crise existencial, como episódio necessário...* De fato, o ser humano não é vítima de seus próprios estragos, mas geralmente autor, ainda que haja a participação de qualquer microrganismo ou o processo tenha surgido após pavoroso acidente.

Esse percurso que vai da sanidade à doença varia extremamente no tempo, na intensidade e na localização, podendo ainda predominar na mente ou no corpo ou distribuir-se em ambos. A abordagem homeopática está centrada no quadro global do paciente, e o seu objetivo é proporcionar o retorno à saúde, com a extinção dos sinais e sintomas presentes na pessoa como um todo.

A DOENÇA: SELEÇÃO DE ALTERAÇÕES DO DOENTE

A repetição de certos dados em vários pacientes permite se observar a saúde pelo prisma da doença. Hahnemann (*Lesser Writings*, p. 440) admitiu a existência da patologia: *...uma enfermidade deste gênero permanece sempre, enquanto ao fundo, semelhante a si mesma em seus sintomas, isto é, nos representantes de sua natureza interna, como também de suas causas.*

Portanto, se o doente pode ser visto como uma unidade biopsíquica perturbada, conforme descrito antes, a doença corresponde à seleção de algumas alterações deste sujeito. A constância de alguns sinais e sintomas num grupo de enfermos possibilita a configuração de uma entidade nosológica. Um dos clássicos tratados de Patologia define doença como *um estado de falta de adaptação ao ambiente físico, psíquico ou social, no qual o indivíduo sente-se mal (sintomas) e apresenta alterações orgânicas evidenciáveis (sinais)* (PEREIRA, 2000, p. 1).

Quando determinado bloco de alterações se repete em diferentes indivíduos, a ponto de definir um quadro típico e previsível, dá-se-lhe o nome técnico de alguma patologia. Conhecendo-se a sua evolução natural, por conta da observação de vários casos, descobrem-se suas relações, etapas, tendências e complicações. Diante dessas informações, pode-se comparar eventual diferença quando se introduz algum agente terapêutico ou mudança ambiental.

Definindo doença como um conjunto de alterações que se estabelece de forma repetitiva, possibilitando a elaboração de prognóstico e terapêutica, o conhecimento calcado nas moléstias constitui uma extraordinária contribuição da medicina. *Há uma reformulação do saber, onde a semiologia médica passa a ser um conjunto sistematizado de técnicas e, legitimado como uma área específica do conhecimento científico, permite aliar a leitura dos sintomas com a pesquisa dos sinais* (FERREIRA, 1994, p. 104).

Foucault (2001, p. 139), em sua obra *O Nascimento da Clínica*, demonstra que houve mudança importante, em meados do século XIX, nos elementos principais do diagnóstico clínico: *...a medicina dos sintomas, pouco a pouco, entrará em regressão, para se dissipar diante da medicina dos órgãos, do foco e das causas, diante de uma clínica inteiramente ordenada pela anatomia patológica.* Todavia, pode-se dizer que este acréscimo permaneceu rigorosamente limitado às variáveis que correspondem às disfunções marcantes, mesmo que se lhe adicione a valorização do fator etiológico. Segundo o

mesmo autor (p. 221): *acabou o tempo das doenças. Começa uma medicina das reações patológicas, estrutura de experiência que dominou o século XIX e até certo ponto o século XX...* Os horizontes somente se alargariam, mais tarde, ao incorporar a noção dos múltiplos fatores de risco associados ao aparecimento da enfermidade e, mais ainda, quando admitiu a somatização como fenômeno vulgar na clínica.

Assim, o patologista Bogliolo (2000, p. 19) reconhece que *não há doenças e sim doentes, visto que uma mesma doença (mesmo fator etiológico ou causa) pode apresentar particularidades nas suas lesões e evolução em cada indivíduo...*, bem como assinala que em determinados casos a influência do próprio organismo na evolução do paciente pode interferir a ponto de...*se constituir em verdadeiro desastre...*, demonstrando que a medicina condiz abertamente com a ideia da singularidade. O aforismo de que cada caso é um caso (HUGHES, 2009), tão precioso à ciência médica, é seguido rigorosamente pela homeopatia.

Sob a ótica reducionista, toda e qualquer doença consiste num grupo de perturbações que tendem a cumprir uma história semelhante, em diferentes pessoas, embora a gravidade e evolução possam variar de um paciente para outro (COULTER, 1980, p. 155). Quando se realça com cores muito vivas esse quadro restrito, tem-se a impressão de que a enfermidade possui existência independente do sujeito, usufruindo de vida própria e autônoma. E atribui-se tamanha vivacidade a ela, como se constituísse um ente, à revelia do organismo, e provocasse determinada complicação e engendrasse tal ou qual sequela.

Como inconveniente, impregna o pensamento popular com o raciocínio que assistência médica é tratar doença, prevenir doença, erradicar condições que levam às doenças. Essa concepção simplista agrava-se com a mercantilização dos recursos e, então, de acordo com Lefèvre (1991, p. 20), *a Saúde aparece, hegemonicamente, na prática, como uma mercadoria. Ou melhor, ela toma a forma, no modo de produção capitalista e em nosso país, de mercadorias propiciadoras de saúde: Golden Cross é saúde...*

O pensamento estreito acredita na validade de generalizar para todos os indivíduos um tipo de tratamento que funcionou bem num certo caso particular. Assim, alardeia-se que o extrato de sementes de uva, com indícios de eficácia curativa num paciente com *leucoencefalopatia*, seria elemento terapêutico universal para evitar a degeneração do sistema nervoso: *você teme envelhecer? Você aceitou as doenças crônicas ou a dor como fatais em seu futuro?* Então, o envelhecimento surge como abominável inimigo. Na capa de seu livro, o autor proclama: *Comece agora sua estratégia contra o envelhecimento e proteja-se do 'lado negro' do oxigênio.* Vê-se que o oxigênio, foi banido da galeria dos heróis da vida e desceu à sarjeta dos vilões abjetos (STRAND, 2004, p. 17).

Retomando a questão do fator causal — referida acima por Foucault — constata-se que ele representa a vitória e o apogeu do reducionismo, já que o quadro clínico fica em segundo plano e que conta é o elemento etiológico.

De acordo com a Patologia, Robbins (2000, p. 1) afirma que *o conhecimento ou descoberta da causa primária permanece a base sobre a qual se define um diagnóstico, compreende-se uma enfermidade, ou estabelece-se um tratamento.* [grifo do autor]. Um único dado assume peso definitivo sobre o diagnóstico e a terapêutica. Seria a solução final para extinguir o subjetivo e determinar a objetividade absoluta da medicina (COULTER, 1972, p. 51). Talvez isso ajude a se entender o fascínio que a vacinação exerce em muitas cabeças: o agente etiológico “cura” através da prevenção...

Todavia, enquanto tal abordagem tenta reduzir todo o processo a um único elemento, conferindo-lhe valor determinante, a ciência progride e reabre-se à pluricausalidade, ao verificar o aspecto multifatorial na gênese das anormalidades. Malgrado a tendência para limitar o fenômeno, por influência das vantagens e comodismo do método cartesiano-analítico, a etiologia de fatores combinados se impõe, já que isoladamente muitos casos não atingiriam o grau suficiente para caracterizar a patologia. Dentre vários exemplos, popularmente já se sabe que a junção do tabagismo com hábitos sedentários aumenta de forma considerável o risco de infarto do miocárdio.

Assim, chega-se a distinguir os casos de uma mesma enfermidade entre si, baseando-se apenas em seus próprios dados, a exemplo do tipo celular de um câncer ou a ocorrência de uma fração de anticorpos na artrite reumatoide, que é dividida em grupos e subtipos de acordo com a positividade do fator reumatoide no sangue (KISS; LOTITO, 2003, p. 801). Também se afirma que este linfoma tem melhor prognóstico do que aquele porque o estadiamento mostra-se mais favorável e o tipo celular é menos “maligno”. Valoriza-se sobremaneira determinado item, a ponto de se afirmar que

*a detecção de células tumorais disseminadas na medula óssea ao diagnóstico ou durante o acompanhamento clínico-laboratorial do paciente oncológico tem sido associada ao aumento do risco de recaída sistêmica e à diminuição da taxa de sobrevida total desses pacientes. Estudos demonstraram que esse fenômeno pode ser considerado como **fator prognóstico independente*** (BENDIT, 2002, p. 924) [grifo do autor].

A sujeição total à enfermidade, enclausurando-se em seus férreos limites, deixa os dados da pessoa, sua constituição e temperamento à margem do prognóstico e da terapêutica. Ao estabelecer *a definição médica da doença, enquanto processo bioquímico que afeta o corpo individual [...]*, aceita-se a tese de que *o saber médico era uma ‘decodificação do orgânico que o desenvolvimento científico tornava mais precisa e segura a cada dia’* (CARRARA, 1998, p. 38). Consequentemente, ao se enveredar na predileção franca pelo reducionismo, paga-se o preço de não enxergar o sujeito em sua globalidade, matriz de dados importantíssimos para a humanização do cuidado, sendo proveitosa mesmo em situação grave e terminal.

A epidemiologia contribuiu para se decretar a supremacia da parte afetada em detrimento da pessoa. A abordagem reduzida ao quadro de

alterações comuns e repetitivas alicerça-se na força de números enormes, oriundos especialmente de estudos populacionais (GRAY, 2009), desde que válidos, e isso depende dos *métodos utilizados, a representatividade da amostra estudada, e a natureza da população de onde a amostra foi retirada* (MEDRONHO, 2009, p. 275). Os sinais e sintomas são catalogados e a sua evolução, sob os diferentes recursos terapêuticos, é analisada com bastante critério. Além dos itens clínicos, a investigação permite agregar informações laboratoriais ou de imagem precisas e confiáveis. Dados, às vezes patognômicos, enriquecem o diagnóstico ou servem de guia quanto à eficácia do tratamento.

As informações que embasam a história natural da patologia provêm de investigação científica também restritiva: tomam-se vários casos de um mesmo quadro clínico e observa-se qual é a evolução mais comum. As exceções, que são os desfechos muito favoráveis ou muito adversos, entram no cômputo do desvio padrão. Embasado na curva da normalidade, pode-se afirmar que tal grupo de sintomas, denominados “x”, costuma desenvolver-se com estas ou aquelas características. A partir deste ponto, admite-se que aquele conjunto de alterações tenha vida própria, evoluindo por si só, independentemente da trajetória existencial do portador. Ilustra-se com a seguinte descrição: *Endometriose: presença de endométrio fora do útero. O endométrio pode aparecer nos órgãos reprodutivos ou em outros órgãos da cavidade abdominal. Pode causar aderências pélvicas na cavidade abdominal e nas trompas. A endometriose pode interferir na ovulação e na implantação do embrião* (HATCHER, 2001, p. A16).

Entretanto, segundo a teoria holística, doença é uma abstração, como já foi visto. Assim, não se concebe a existência da endometriose como entidade: ela não *pode causar* nem *pode interferir*. Não é ela que invade o organismo e provoca alterações a torto e a direito, ou que as lesões se instalam após uma renhida luta contra os órgãos. Enfermidade é uma figura nosológica, mas não constitui um ente. Nunca age por si só, como se dispusesse de autonomia para fazer isso ou aquilo.

Na verdade, cada pessoa elabora a sua própria ruína. As perturbações revelam como é a endometriose da paciente, ou seja, o modo pelo qual os seus transtornos emocionais se projetam no físico. Em qualquer patologia, as variações individuais refletem as posturas, escolhas, decisões, sentimentos e atitudes que foram vivenciados ao longo da vida. Mas, ressalte-se que dentro dessa perspectiva, pode se caminhar para o extremo oposto — igualmente nocivo — que classifica a doença como *uma abstração vã, uma entidade quimérica, uma criatura de nossa imaginação, nada mais do que séries de desarranjos orgânicos* (PIORRY *apud* GRANIER, 2009), e que será recobrado adiante.

Diante de um ser humano, frequentemente propenso a localizar fora de si mesmo a origem de seus males e a julgá-los desencadeados por qualquer componente alheio à sua própria pessoa, a concepção reducionista granjeou imensa receptividade. Mas, a homeopatia demonstra, como se verá bastas

vezes, que o progresso de modo parecido em diferentes pessoas obedece ao princípio delas terem sentimentos, posturas e reações similares umas às outras ante as suas próprias circunstâncias de vida. A filosofia homeopática não incentiva o sentimento de culpa pela doença, porém é necessário tomar consciência de si mesmo e ser responsável pela recuperação de seu próprio bem-estar.

A maioria das pessoas ignora a existência de um tratamento fundamentado no indivíduo como um todo. Por conseguinte, as propostas que abordam a promoção da saúde, quando desconhecem o pensamento holístico, permanecem num limbo que não vislumbra, de modo profundo, a cura do sujeito, postulando como ideal apenas o desaparecimento de determinada patologia. Chega-se à ilusão de que conjugando alimentação adequada e atividade física regular garante-se a higidez, como se fosse cabível ignorar a profunda e inexorável influência da afetividade e da consciência na origem do distúrbio.

Tal abordagem lida com o psiquismo como algo desconectado do corpo. Quando o profissional não desenvolve habilidades psicológicas ou humanísticas, ao se deparar com algum componente emocional importante em determinado enfermo, cuida logo de encaminhá-lo para um psicólogo/psiquiatra. Todavia, *a Medicina entrou, progressivamente, na era psicossomática e ecológica, caracterizada por uma nova atitude — a que aborda e trata, em cada momento e quaisquer que sejam os sintomas e a doença, o homem como um todo...* (CORDEIRO, 2002, p. 21), e o médico deve atualizar-se aos novos tempos.

Por outro lado, a busca da totalidade conduz muitos estudantes ao exercício da psiquiatria, mas é forçoso reconhecer que a especialidade repete a abordagem circunscrita, privilegiando a intervenção focal e abstém-se da integralidade.

Ainda que se argumente que *com o estudo da Psiquiatria emergiu ainda mais claramente o contraste entre a apreensão subjectivante das vivências dos doentes (também dos que sofriram doenças “orgânicas”) e a observação rigorosa, objectivante, experimental, repetível* (FERNANDES, 1998, p. XLIII), o que se vê, na prática, é a perda da subjetividade devido à redução dos dados mentais de cada paciente ao conjunto típico de uma desordem, ao diagnóstico psicopatológico.

Observe-se, portanto, que diante de um quadro de delírio e alucinações, a psiquiatria investiga a sua frequência e magnitude, estabelecendo a diagnose. Caso ele delire ser Napoleão Bonaparte comandando o seu exército ou imagina-se Jesus Cristo, o sintoma é megalomania (mania de grandeza). O aspecto subjetivo, a diferença entre os dois personagens é irrelevante para o diagnóstico e tratamento psiquiátrico. No entanto, a psicologia e a psicanálise, bem como a homeopatia, levarão em conta o matiz individual do delírio. O que induziu o sujeito a se identificar com esta figura histórica e não com outra? Qual característica da ilustre personalidade governa a referida identificação? Sabe-se que a escolha de um vulto famoso obedece a

necessidades profundas da pessoa e a investigação dessas razões proporciona dados altamente significativos quando se trabalha com uma abordagem global.

Não é, pois, sem razão que

a psicanálise se situa inegavelmente numa corrente de ideias mais próxima dessas medicinas paralelas [homeopatia, acupuntura etc.] que da medicina oficial, porque partilha com as primeiras o ponto de vista fundamental da investigação do 'ser' doente, e não somente do ponto de vista anônimo da 'doença' (DEJOURS, 1988, p. 158).

Mesmo que a teoria psiquiátrica coloque-se como dispendo de visão global: *Totalidade essa que leva a que se tomem todas as afirmações e conceitos formulados não no sentido da chamada 'vida psíquica' do homem, nem da chamada 'vida somática', e sim válidos para o homem inteiro em quaisquer dos seus níveis ou momentos* (PERESTRELLO, 2006, p. 12), a sua prática enquadra-se no paradigma científico prevalente, pois reduz as variáveis que compõem o transtorno, rotulando cada pequeno conjunto de sintomas como determinada patologia, e executa sua intervenção segundo esse critério. Caso não houvesse abraçado o reducionismo, provavelmente a psiquiatria ainda estaria marginalizada e não teria acesso às instituições fomentadoras de pesquisa e de atenção à saúde.

Para dirimir qualquer eventual dúvida remanescente, verifique-se abaixo a descrição de *esquizofrenia* na *Classificação Estatística Internacional de Doenças*:

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos (CID 10, item F20).

Note-se que a abordagem não é individualizante. Ao revés, as alterações que caracterizam cada transtorno são listadas de forma a compor uma entidade genérica e que permita o controle estatístico.

Reconhecendo sua carência congênita, o reducionismo amplia sua intervenção, reunindo elementos de diversas áreas, bem como de diferentes especialidades médicas, a exemplo do que ocorre na *medicina do adolescente*, pois percebe a complexidade dos distúrbios que afetam essa faixa etária. Mas, nem sempre a ação conjunta revela-se suficiente. A proposição de se trabalhar em equipe multiprofissional tem seu inegável valor, contudo

não implica por si só na liquidação do problema. Se todos os participantes encontram-se num degrau semelhante de visão, o incremento permanece no mesmo patamar. O resultado acanha-se à horizontalidade, apesar de dilatado. A soma das visões fracionadas não reconstitui a unidade do indivíduo, não resgata o ser em sua integralidade dinâmica, na qual exuberam consciência e afeto. Somente quando se contempla o sujeito como um todo é possível verticalizar o processo: surge uma compreensão maior da pessoa e de sua trajetória.

Neste caso, pode-se considerar que a Medicina de Família e Comunidade — MFC, eixo principal da saúde pública em diversos países, desempenha uma ampliação muito interessante. Note-se que nessa especialidade, o paciente é visto com o olhar mais abrangente, capaz de identificar transtornos provindos de questões familiares ou comunitárias. Todavia, representa um verdadeiro contrassenso que essa abordagem dilatada se restrinja ao uso de remédios fundamentados exclusivamente no método reducionista. O seu enfoque tem pontos de identificação importantes com a homeopatia, a qual poderia enriquecê-la com a visão profunda que a caracteriza, ao passo que a MFC acrescentaria à terapêutica hahnemaniana a investigação do ambiente. Acerca dessa deficiência homeopática, veja-se o capítulo *Suscetibilidade e Predisposição*.

Finalmente, pode-se concluir que a grande distinção entre a metodologia restritiva e a holística é a amplitude e a singularidade da informação com que cada um trabalha, seja no paciente, seja no medicamento. Dando vazão ao ideal cartesiano-reducionista, diz-se que *diante da complexidade do mundo, as ciências têm como estratégia isolar progressivamente alguns setores, circunscrever aí fenômenos particulares e especificá-los sempre mais precisamente, até mesmo idealmente, controlando todas as condições* (LÉVY-LEBLOND, 2004, p. 21).

Mas, a fragmentação sucessiva do fenômeno contribui para a gênese do “subespecialista”, cujo aparecimento provoca acirrada polêmica, já que produz vários benefícios — em função do conhecimento aumentado na área — e, ao mesmo tempo, avantajada ignorância relativa ao quadro geral, perdendo a noção do paciente como um todo.

Numa época em que a globalização constitui fenômeno internacional e de intenso significado cultural, a ditadura do reducionismo mostra-se anacrônica. A complementação mútua entre o método cartesiano e o sistêmico revela uma postura sensata e adequada aos tempos de uma nova era.

SISTÊMICO E REDUCIONISMO: TRAJETÓRIAS COMPLEMENTARES

Do ponto de vista histórico, pode-se entender agora que o conflito entre o descobridor da homeopatia e a medicina de seu tempo resume-se ao antagonismo, perdurante até hoje, do método quantitativo com o qualitativo. Por não compreender a natureza complementar dos dois processos, e enlevado pelo desenvolvimento consistente — pela primeira vez — de uma abordagem global, ele incidiu no equívoco de apontar veementemente as limitações da terapêutica centrada no efeito mais ostensivo da substância e destinada a uma ou poucas alterações de cada paciente (COULTER, 1982, p. 32). Em consequência, despertou uma reação proporcional e inversa. Com o avanço tecnológico, fundado predominantemente na investigação quantitativa, Robins (2005, p. 62) diz que se acrescentou a pecha de atraso à visão sistêmica, tentando-se obter de seus seguidores *o reconhecimento de que havia apenas ‘uma ciência na medicina’, algo que a maior parte deles jamais concordaria.*

A homeopatia parece ser a única terapêutica que exige o conhecimento do indivíduo em sua totalidade mente e corpo para executar a intervenção, pois a acupuntura, que também considera o organismo como um todo, não computa a fração psicológica. A maior quantidade de variáveis, que caracteriza a abordagem sistêmica, tem duas consequências importantes: a primeira, já contemplada historicamente pela dialética, reconhece que a quantidade tende a se transformar em qualidade; a segunda, em função de ser aberto, o sistema possibilita o surgimento de situações novas e resultados inéditos. Assim, um pequeno incremento no número de fatores pode provocar acréscimo muito maior na complexidade dos fenômenos do que a simples diferença da soma de variáveis:

A nova matemática representa uma mudança da quantidade para a qualidade, o que é característico do pensamento sistêmico em geral. Enquanto a matemática convencional lida com quantidades e com fórmulas, a teoria dos sistemas dinâmicos lida com qualidades e com padrões (CAPRA, 1996, p. 116).

Pode-se dizer, em tese, que o tratamento homeopático, ao atuar preferentemente sobre a unidade do sujeito, fortalece os mecanismos de reorgani-

zação do todo e visa extinguir de forma global as alterações, mesmo aquelas **não** relacionadas ao quadro que compõe a enfermidade. E o tratamento convencional, por intervir prioritariamente nas alterações mais comuns e exacerbadas, pertencentes ao conjunto denominado doença, procura promover o retorno à saúde, por meio da extirpação dessas manifestações. Assim, elas palmilham vias paralelas rumo ao objetivo comum. A primeira cuida, antes de tudo, de recuperar o sujeito, e a última se propõe, de imediato, a eliminar o conjunto das alterações enquadradas na patologia.

Mas, para alcançar os seus fins, a homeopatia emprega rigorosa ciência, ao praticar um método terapêutico e experimental — embora trabalhe com grande quantidade de variáveis. A ciência se caracteriza por ser um conjunto de atitudes e atividades racionais, direcionadas para sistematizar o conhecimento devidamente delimitado, medido, calculado, para permitir a verificação (TRUJILLO FERRARI *apud* SANTOS, 2009, p. 65). Assim, depois de levantar o quadro sintomatológico do paciente na consulta, realiza-se uma seleção de dados — procedimento denominado repertorização — valorizando os mais peculiares, que podem ser orgânicos ou mentais: eis aí uma redução. Esse pequeno conjunto de itens deve justapor-se à descrição de um único medicamento, cujo estudo obedeceu a uma investigação experimental. As informações coletadas através da experimentação no homem sadio, que podem ultrapassar várias centenas, são organizadas também num tema único, a fim de alcançar o seu uso racional.

Portanto, o homeopata exercita também a mais pura ciência na medida em que, para o sucesso da terapêutica, é necessária a pesquisa dos **efeitos patogénicos** da substância, através de procedimento claro e definido que permite a observação criteriosa dos dados. [Emprega-se neste livro a palavra **efeito** em substituição a habitual “sintoma” para se referir tanto à alteração suscitada pela substância no experimentador, bem como à sua transcrição na **matéria médica**. Nas citações provenientes da literatura homeopática acrescentou-se, quando necessário, a observação “grifo do autor” a fim de alertar quanto ao seu verdadeiro significado. Os motivos estão descritos no capítulo *A Terapêutica*]. Por *matéria médica* entenda-se o conjunto de efeitos de cada remédio, obtido — especialmente — por meio da **patogenesia**, cujas características mais peculiares são os principais dados para se aplicar aquela substância (vide **Glossário**).

Vale ressaltar que a obtenção de uma síntese, tanto do paciente como do medicamento, corresponde a conduta reducionista e, ao mesmo tempo, a instigante exercício de inteligência.

Pode-se afirmar que quanto mais distanciado da saúde, vale dizer, mais estruturado o quadro patológico, menor chance, em tese, de se remontar à condição unitária que o antecedeu. É interessante refletir sobre a trajetória que o organismo realiza quando sai de seu estado saudável até distúrbios graves ou irreversíveis: no início, geralmente, elas são sutis, podendo se restringir a modificações discretas, seja na esfera emocional ou na intimidade celular.

Com o tempo, vão se agravando, quer em intensidade, quer em extensão do acometimento. Ao se alcançar lesões sérias e deformações importantes — ressalve-se que a exteriorização do processo pode ser repentina, a exemplo do infarto do miocárdio — com prejuízo acentuado de função e transtornos decorrentes, a imagem da enfermidade se sobrepõe à da pessoa. As limitações consequentes à patologia ocupam mais a atenção do indivíduo e cerceiam suas ações no mundo. Pode-se afirmar que não existe mais o sujeito e sim a doença, pois ele vive segundo essas apertadas fronteiras. Nesse extremo patológico, dizer que a doença não existe (BOGLIOLO, 2000, p. 19), e sim o doente — como afirma Kent (1970, p. 15) — torna-se um exagero.

No tocante à cura, cabe reconhecer que a terapêutica baseada nos aspectos mais chamativos do paciente e nos efeitos mais ostensivos da substância, que se distingue pelo caráter restritivo, apresenta resultados seguros e tem incontestável valor. Mas, fuge ao escopo deste livro examinar os princípios científicos do método cartesiano, já devidamente estabelecido no mundo e respaldado na estatística. Pretende-se apenas discutir algumas evidências de que a abordagem sistêmica em saúde nada mais é do que um incremento na quantidade e/ou tipo de variáveis, cuja consequência transmuta o fenômeno — quando bem sucedido — num processo global e, portanto, qualitativo.

O remédio homeopático, quando selecionado conforme a totalidade do indivíduo, proporciona resultados muito díspares, dependendo de sua adequação a cada caso. Obtêm-se respostas espetaculares e inesperadas, ao lado de evidentes fracassos. Se a terapêutica reducionista apresenta o inconveniente da ação predominantemente local, o tratamento globalizado lida com o incômodo da irregularidade de respostas. A prescrição representa tarefa um tanto complexa, em função da gama de sintomas do quadro e a obrigatoriedade de priorizar aqueles mais peculiares.

Mas, se bem indicado, o medicamento atua na fração residual saudável e estimula-a para que recupere a hegemonia sobre todo o restante. É como se ela puxasse o doente de volta à sua condição primitiva, independente de qual seja a afecção, e o reconduzisse ao próprio estado original. Apesar de recorrer a ultrapassado conceito vitalista, Close (2000) aborda a questão do efeito, primeiramente global, nos seguintes termos: *o remédio curativo, por meio dos nervos e vasos sanguíneos, atua primeiro sobre o princípio vital presente em todo o organismo, e então sobre as partes afetadas, de um modo perfeitamente natural.*

A melhora biomédica tende a se resumir às alterações mais salientes, graves ou incômodas, e o conjunto se beneficia depois. Empenha-se pelo desaparecimento dos sinais típicos da moléstia, deixando em segundo plano a avaliação da pessoa como um todo. Há uma busca do “**padrão ouro**”, seja no diagnóstico ou na terapêutica, que contemple todos os portadores daquele quadro específico.

Já com a homeopatia, frequentemente, a pessoa se recupera como um todo biopsíquico em primeiro lugar, e os sintomas classificados como doença

desaparecem ligeira fração de tempo depois. Hahnemann (1994, par. 255) diz que *se uma melhora na disposição e temperamento foi já observada, o medicamento deve ter realizado uma diminuição evidente da doença ou, se o tempo decorrido não foi suficiente, ele fará efeito em breve*. Assim, o efeito local do medicamento químico costuma ficar evidente mais rápido do que a reação sutil e generalizada do homeopático para a maioria dos enfermos, em particular quando desacostumados desse expediente. Jahr (1987, p. 193) descreve essa diferença de modo claro: *...não poderíamos absolutamente desconhecer a ‘prontidão’ surpreendente com a qual se manifestam, na maior parte dos casos, os efeitos tão desejados dos meios empregados e que dificilmente encontram par, senão raramente, após o uso de um medicamento homeopático*. O critério rapidez da resposta terapêutica será extensamente discutido no capítulo *Leis de Cura*.

O biólogo LIPTON (2007, p. 122), comentando acerca da amplitude que distingue a abordagem holística da cartesiana, declara o seguinte:

O modelo reducionista sugere que, se há um problema no sistema, como uma doença ou disfunção, a fonte do problema pode ser atribuída ao mau funcionamento de um dos pontos da linha de montagem química. “Repor” então a peça defeituosa por meio de medicamentos, por exemplo, teoricamente faz com que a saúde do paciente se recupere. Esse conceito estimula a pesquisa da indústria farmacêutica em busca de drogas mágicas e genes perfeitos.

Ao se comparar as duas terapêuticas entre si, o tratamento pautado num recurso reducionista tende a se sobressair, pois a forma de análise predominante — quantitativa — é limitada ao seu campo preferencial de ação: os sintomas convencionados como enfermidade. Houvesse possibilidade de se confrontar não apenas a resolução desse quadro específico, mas igualmente a **qualidade** da melhora global do paciente, a balança penderia para um equilíbrio, e o reconhecimento da eficácia da intervenção de origem sistêmica seria contundente. Existe muita expectativa quanto a novas formas de investigação, pois *a pesquisa qualitativa responde a perguntas como ‘o que é X, como X varia em circunstâncias diferentes e por quê?’ em vez de ‘qual o tamanho de X ou quantos X existem?’* (POPE, 2009, p. 13). É notável que para trabalhar com pesquisa qualitativa, o investigador tem de sair da prepotência de decretar os resultados pela força dos números, e caminhar em direção à postura mais humilde de ouvir, respeitar e valorizar a impressão do indivíduo que lhe fornece os dados acerca do fenômeno sob investigação.

Durante o período em que este autor trabalhou num Hospital Psiquiátrico, associando a medicação homeopática à tradicional, ministrada por psiquiatras, pôde constatar que a melhora dos traços típicos de alguma doença era mais regular com a biomedicina (vide capítulo *Leis de Cura*). No entanto, nenhum deles tinha evolução amplamente satisfatória como acontecia com alguns entre os que se submetiam aos medicamentos dina-

mizados. A evolução com a terapêutica química era conhecida, previsível e mediana. Já com a homeopática prevalecia certa irregularidade. Alguns pacientes abaixo da média, outros acima e, ainda, uns com resposta extraordinariamente satisfatória.

Se nos estudos que se propõem a cotejá-las, o caso com alívio de transtornos clínicos antigos e melhora psicológica profunda e ampla, evidenciando resolução de bloqueios e conflitos emocionais de longa data, valer o mesmo que outro, cujo benefício não extrapola o medíocre, jamais se dará à homeopatia o justo reconhecimento e as conclusões tendem a questionar sua eficácia (LUZ, 1996, p. 333). Somente quando a pesquisa levar em conta, além da cura dos sintomas comuns e repetitivos que definem a patologia, também a amplitude da resposta, a estabilidade dessa melhora geral e a intensidade da recaída ou eventual surgimento de nova doença, será interessante para o homeopata participar dos estudos de investigação clínica.

Aceitar o confronto, jogando somente no campo reduzido da enfermidade, é colaborar para o descrédito da ciência hahnemaniana. Torna-se indispensável abranger aspectos do paciente como um todo ao se montar o protocolo de avaliação do ensaio clínico. A melhora global, o desaparecimento de alterações desvinculadas da patologia em foco e relacionadas ao sono, apetite, humor, memória, disposição e, principalmente, ao temperamento têm que ser computados, a fim de que as evidências do resultado qualitativo da terapêutica homeopática coloquem-na em condições competitivas com qualquer outra abordagem.

Nesse sentido, convém refletir ainda sobre a expressão atribuída a um grande sábio: *Se um único homem chegar à plenitude do amor, neutraliza o ódio de milhões* (GANDHI). Isso dá ocasião para uma analogia com o desfecho global. Um indivíduo curado em sua totalidade, desde os meandros de seus conflitos, e que recupera sua liberdade existencial, equivale a dezenas de outros, cuja melhora se restringe às manifestações, catalogadas como típicas de determinado mal. Enfim, é necessário *qualificar* os critérios de avaliação.

O conceito de promoção de saúde como integração de todos os recursos existentes, na busca de uma ação conjunta e eficaz, permite à homeopatia se inserir no sistema público com tranquilidade e segurança. Suas propriedades aparecem quando empregada isoladamente ou em associação com a biomedicina. Os parâmetros de aferição do caso, baseados na totalidade e densidade do resultado, possibilitam uma análise confiável. E como a informação acerca de diversos temas dos efeitos dos medicamentos pode ser transmitida para a população — desde que o profissional receba a devida formação — obtém-se a validade da homeopatia como conhecimento científico (POPE; NICHOLAS, 2009, p. 109).

Vai-se longe o dia em que se acreditava que o uso concomitante de alguns alimentos ou substâncias — café, carne, temperos, cânfora, álcool, drogas e remédios químicos — impediam ou dificultavam o efeito desses medicamentos (BAEHR, 2009). É verdade que alguns homeopatas ainda

acreditam na interferência, especialmente da cânfora, embora não existam estudos a respeito do assunto.

Por executarem trajetórias geralmente complementares, há evidências de que tanto o medicamento homeopático como o químico — usado em simultâneo — revele cada um a sua própria ação, o que não significa que haja sempre sinergismo. Faltam pesquisas que esclareçam as vantagens e indicações ou se existem desvantagens e contraindicações para se efetuar a associação das duas terapêuticas. Entretanto, em muitos casos, quando ocorre melhora do sujeito em seu todo reforça-se a hipótese de que a combinação com outras terapêuticas não ocasiona nenhum obstáculo ao efeito da homeopatia. Todavia, uma vez deflagrado o processo global, não convém introduzir nem suspender qualquer substância química, seja oral ou tópica. O objetivo é reduzir ao máximo os fatores intervenientes e deixar que o organismo mostre sua sensibilidade e reação livremente.

DOENTE: UNIDADE MENTE-CORPO

Quando se conceitua o enfermo, do ponto de vista sistêmico, refere-se ao sujeito em sua totalidade mente e corpo. É o homem com seus sentimentos, reações, intenções, percepções e atitudes, contempladas em sua relação consigo mesmo, com os outros, o meio ambiente e com Deus, para se ter noção da complexidade do fenômeno. Cada criatura enfeixa uma vasta e profunda gama de características, que podem ser reunidas numa síntese. Esse sujeito que ama e sofre, aprende e ensina, expande e se contrai, constitui o objeto da abordagem hahnemaniana. Não se pode cogitar de entendê-lo somente no horizonte físico, dividindo um corpo em sistemas ou aparelhos e estes em órgãos. O paciente é, sobretudo, uma figura humana. Olhando por esse prisma, *é simplesmente impossível chegar a conhecer a natureza da doença, que nada mais é do que uma modificação da vida* (DUNHAM, 2000, p. 20).

Até o momento, a homeopatia acumulou grandes recursos para a análise do indivíduo. Sob esse ângulo, pode-se afirmar que cada sinal mais estável no corpo corresponde a uma característica análoga do temperamento. Mente e físico exprimem conteúdo idêntico. A dor que aparece, por exemplo, no estômago, na articulação ou na cabeça, associadas respectivamente à gastrite, reumatismo ou enxaqueca, exprime algum sofrimento psicológico tal como mágoa, decepção, aborrecimento, tristeza, preocupação etc. Segundo a concepção unitária, na maioria das vezes, o físico não cria sintomas, apenas os reflete, conforme surgem na matriz mental. Elizalde (2004, p. 183) declara que *não existe nenhuma enfermidade do corpo que não tenha um correspondente no nível mental, e nenhuma enfermidade mental que não tenha um correspondente no nível somático*. Na verdade, o referido autor comenta palavras de Hahnemann, no parágrafo 17 do Organon e respectiva nota de rodapé, quando diz:

*As operações que se verificam nas enfermidades não se anunciam senão pelas mudanças perceptíveis, pelos sintomas, único meio pelo qual nosso organismo pode expressar as alterações sucedidas em seu interior [...]. Uns e outros se confundem entre si à nossa vista, e não nos oferecem senão **uma imagem refletida ao exterior de todo o mal interior...** [grifo do autor].*

Desse modo, a abordagem homeopática especializou-se na visão global, com destaque quanto ao parentesco entre os dados psicológicos e

orgânicos, e a hipótese de simultaneidade do acometimento desses dois níveis (ELIZALDE, 1980). Ainda que não tenha sido demonstrada, admite-se que alguma alteração aconteça na intimidade celular ou na dinâmica fisiológica em paralelo à emocional. De acordo com Paschero (1973. p. 110),

a lei de simultaneidade ou concomitância dos fenômenos psíquicos e somáticos demonstrada pela psicologia moderna, torna-se evidente no diagnóstico homeopático de um remédio que reflete a reação total de um ser humano. Não é possível ainda fazer medicina sem incorporar os sintomas mentais como valores clínicos biologicamente condicionados à totalidade da pessoa enferma.

Diferentemente da regra, que classifica apenas algumas patologias como psicossomáticas — quando há acentuada evidência causal entre o psiquismo e o orgânico —, a homeopatia considera *a priori* que toda doença crônica se encaixa nessa categoria, já que os dois planos formam uma unidade. Nesse aspecto, concilia-se por inteiro com a afirmativa que *sendo o homem um todo psicossomático, todas as doenças são psicossomáticas* (PERESTRELLO, p. 56).

Porém, não significa que o psicológico cause dano físico, como vulgarmente se julga. O que mais importa salientar é a proximidade de conteúdo entre os sintomas de ambas as esferas. Tome-se, a título de exemplo, a hipertensão arterial. O pensamento linear — geralmente reducionista — atribui à elevação da pressão nas artérias a origem das demais disfunções do quadro e concentra, portanto, sua intervenção na correção dessa anormalidade.

A homeopatia vê o conjunto de alterações como uma síndrome, sendo a *pressão alta* apenas um dos indicadores. E isso faz sentido, tendo em vista que a intensidade das alterações não acompanha obrigatoriamente o grau da variação pressórica. Assim, pode acontecer intensificação de cefaleia, vertigem ou dispneia num paciente com discreto aumento da *pressão*, enquanto noutra, é possível manifestações discretas integrando caso de hipertensão acentuada. O pensamento linear — que busca sempre uma relação causal — facilita o raciocínio, mas denota um reducionismo incompatível com a complexidade do fenômeno.

A abertura inicial às perturbações do ambiente é uma propriedade básica de todas as formas de vida. Os organismos vivos têm de permanecer abertos a um fluxo constante de recursos (energia e matéria) para continuar vivos; as organizações humanas têm de permanecer abertas a um fluxo de recursos mentais (informações e ideias)... (CAPRA, 2002, p. 117).

A abordagem sistêmica ou complexa abre pontos de contato com novas formas de pesquisa que se mostram mais inclusivas em relação à multiplicidade de respostas. A *Lógica Fuzzy* em epidemiologia refere-se ao tema com expressões muito familiares ao homeopata:

Uma única doença pode se manifestar de forma totalmente diferente em diferentes pacientes, e com vários graus de severidade. Além disso, um único sintoma pode ser indicativo de várias doenças, e a presença de outras doenças em um mesmo indivíduo pode alterar completamente o padrão sintomático esperado para qualquer uma delas (ORTEGA, 2004, p. 473).

Portanto, a variação de respostas apresentadas pelos pacientes sob a terapêutica homeopática talvez encontre em novos métodos de investigação — ainda que quantitativos — algum instrumento apropriado. E a mencionada autora prossegue dizendo que a lógica fuzzy difere da lógica convencional, pois ela nos permite assumir afirmações com valores entre falso e verdadeiro, nos possibilitando inclusive trabalhar com variáveis linguísticas. Ela pode ser considerada uma das ferramentas matemáticas mais poderosas para lidar com incertezas, imprecisões e verdades parciais... Desse modo, constata-se que outras disciplinas no campo da metodologia científica e da epidemiologia se empenham no desenvolvimento de recursos destinados a trabalhar de forma diferente da lógica convencional.

A homeopatia aborda a saúde de forma mais abrangente, começando pelo nível experimental. O processo intitulado **patogenesia** (vide **Glossário**), contribui de forma extraordinária para se examinar o problema. Os efeitos que surgem durante esse procedimento — quando alguns voluntários sadios ingerem determinada substância — contemplam o nível subjetivo e o orgânico, evidenciando estreita semelhança entre ambos. Desse modo, as manifestações históricas na esfera psicológica e os movimentos incontrolláveis dos músculos, a exemplo da coreia, expressam um único substrato e constituem sinais clássicos de *Ignatia amara*; a susceptibilidade à invasão de seu território existencial corresponde ao hematoma, em *Arnica montana*; a propensão a transformar associados em inimigos equivale à tendência para produzir inflamações, em *Mercurius* etc.

Na análise dos dados obtidos, percebe-se a correlação entre o plano físico e o mental, facilitando a compreensão tanto do medicamento como do paciente. Desse modo, a homeopatia alinha-se ao pensamento existencialista, quando esse declara *o seu firme posicionamento contra os OU e adesão decisiva aos E: somos isso E aquilo, consciência E corpo, razão E emoção, e assim por diante* (RIBEIRO, 1998, p. 26). Assim, a polêmica sustentada durante muitos anos por certos homeopatas, contrapondo monismo e dualismo entre si, constitui lamentável perda de tempo. Ambos existem: o monismo prepondera na saúde e o dualismo na enfermidade, mas nenhum exclui por completo o outro.

Com frequência, pode-se correlacionar as queixas clínicas às características de personalidade ou situações vivenciadas. O cálculo renal, biliar etc., sugere ter ocorrido “endurecimento” na afetividade da pessoa, ao mesmo tempo em que a cólica corresponde a algum grande sofrimento no passado. Reunindo as duas informações, deduz-se que o paciente passou por

determinada aflição e enrijeceu-se através do rancor, ódio, desejo de vingança, dentre outros. De igual modo, o infarto do miocárdio denuncia que houve, previamente, perda ou redução significativa na afetividade, já que o coração representa a sede dos sentimentos. É comum verificar-se que o indivíduo deixou de amar alguém de forma dolorosa e lesiva à sua própria “fisiologia” emocional. Portanto, não há lesão importante no físico que não tenha sua contraparte psicológica, ainda que reprimida, recalcada ou já superada.

Considerando a semelhança existente entre o emocional e o orgânico, é viável se resgatar o conceito de unidade dual, embora noutro ângulo. Aqui, o enfermo continua um só. Permanece indivisível. Sua doença representa a projeção de suas próprias características psicológicas no corpo. Independente da análise ir do emocional para o físico, como no sentido inverso, os sintomas expressam o mesmo drama existencial. Mas, se a manifestação pode acontecer em dois diferentes níveis, tal fato já sinaliza por si só a dualidade. Além disso, ressalte-se que o quadro pode ser mais intenso na mente — levando a algum transtorno psiquiátrico — ou no orgânico — gerando lesões sérias em pessoas relativamente saudáveis, do ponto de vista emocional. O assunto será retomado no capítulo *Leis de Cura no Plano Mental*.

A delimitação rigorosa a um pequeno grupo de indicadores, orgânicos ou mentais, restringe bastante a área de ação do profissional. É inegável que tal abordagem concorre para a saúde do ser humano, muito patente nos serviços de urgência, ao cuidar dos acidentados e dos quadros clínicos agudos. Porém, discorda-se da escala em que se divulga tal contribuição:

O avanço dos conhecimentos técnico-científicos não significa, necessariamente, melhor assistência à saúde. O aumento da expectativa de vida nos países desenvolvidos como sendo uma conquista da medicina moderna é falacioso. Medidas de caráter econômico e social (erradicação da miséria, eliminação da fome, higiene, saneamento básico, educação e habitação) contribuíram muito mais para essa conquista (PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1997, p. 167).

Há que se adicionar alguns fatos aos recursos descritos acima, a exemplo da entrada da mulher no mercado de trabalho, e certos conceitos da psicologia acerca da importância da autoestima e da realização pessoal para o bem-estar do indivíduo e que, provavelmente, também exercem enorme influência na população.

ROTEIRO HOMEOPÁTICO: DA DOENÇA À SAÚDE

A reunião de todas as alterações do paciente demonstra a priorização homeopática de trabalhar com o sujeito. Esgotado o relato minucioso das perturbações relativas à enfermidade — com as características individuais — adicionam-se os dados referentes ao estado que antecedeu ao aparecimento da patologia. Regressa-se, portanto, no tempo, buscando sinais, ainda que discretos, de desequilíbrio pré-existente. Procedendo-se tal investigação retrospectiva, cujas informações remontam à condição prévia de “normalidade”, verifica-se que já havia um número significativo de sintomas e sensações relacionados aos diversos aparelhos, apetite, sede, sono, transpiração, clima e o temperamento. Tais alterações reforçam a impressão de que o indivíduo já elaborava a sua própria desorganização, com bastante antecedência. Mas, por vários motivos, o diagnóstico clínico é fundamental na prática. Dentre outros, para se orientar no tocante à conduta do caso, bem como para corresponder à expectativa do paciente.

Grande número de pessoas, na situação de espera em consultórios e ambulatórios, teme que o profissional de saúde lhes informe que ‘não têm doença alguma’. [...] Assim, são características do papel de doente: estar numa situação incomum (rompimento da homeostase); não se sentir capaz de solucionar o problema; precisar de ajuda (REZENDE, 1989, p. 97-8).

Contudo, merece enfatizar que a consulta holística parte do patológico em direção ao estado anterior, dito normal. É a busca de se conhecer o doente, sua integralidade, não somente agora, mas também ao longo do tempo. E, com frequência, os dados obtidos no período pregresso têm maior peso para a seleção da substância a ser prescrita. Certas características — subjetivas, com frequência — determinam atitudes e reações por longos anos, seja de forma estável, intermitente ou esporádica, e dizem mais do sujeito, às vezes, do que as alterações evidenciadas no curso da doença. Esse caminho inverso, que se inicia com a patologia e retroage, coletando dados antigos — sejam locais, gerais ou mentais — define com exatidão o objetivo homeopático. Paschero (1973, p. 44) refere-se ao medicamento adequado, dizendo que ele *deve remover os sintomas dinâmicos que precederam ao*

momento atual e propender à cura, de acordo a uma lei tripla de ordem e direção: na ordem inversa ao seu aparecimento cronológico...

É necessário desvendar a criatura não apenas na sua feição atual, mas também percorrer o caminho que fez ao se distanciar da saúde. Recuperada a individualidade e sua respectiva trajetória, graças aos sinais que ela emitia nos dois planos, emocional e físico, pode-se, então, prescrever com enorme segurança.

Essa abordagem revela que a investigação do caso clínico se faz no sentido anti-horário. Conseqüentemente, deduz-se que aquelas perturbações, inicialmente brandas, intensificaram-se, culminando no surgimento do enfermo. Os dados retrospectivos peculiares, mesmo que longínquos, são tão ou mais confiáveis do que os recentes. Finalmente, pode-se conjecturar que ao se reaver a imagem do sujeito sadio pré-existente, encontra-se o ponto adequado para a introdução da terapêutica. Resgatando um estado que já se foi, uma figura humana que se extraviou de seu próprio centro, pode-se por meio de um remédio qualitativo reconstituir o modelo original, dentro das possibilidades do indivíduo. É como se a entrevista delineasse o roteiro que carece ser executado pela pessoa/organismo, posteriormente, no retorno ao bem-estar. Ocasionalmente, pacientes idosos relatam sentir-se de volta a antigas épocas de mais disposição e coragem, após o medicamento adequado.

A homeopatia também contribui para a reflexão acerca da origem dos transtornos. Vejamos um dado extraído de López (1980, p. 2): *o trauma, nesses países [industrializados], constitui a principal causa de morte nos indivíduos com idade inferior a 40 anos*. Admite-se que havia algo, no psiquismo de cada um, que o predispunha ao trauma. O estudo da história pregressa, analisando os fatores emocionais e as circunstâncias de vida, fará aflorar os aspectos vulneráveis. Assim, não basta proporcionar atenção e cuidados tecnológicos de ponta aos traumatizados. É imprescindível a profilaxia psicológica de novos acidentes.

Há outro paralelo entre a abordagem cartesiana e a sistêmica: a primeira faz a seleção de um conjunto de alterações, geralmente orgânicas ou mentais — no caso da psiquiatria — visando reconhecer a entidade nosológica em elaboração e identificar a respectiva terapêutica. A última empreende um levantamento geral do paciente, objetivando diagnosticar não apenas a doença, mas também qual **matéria médica** corresponde ao indivíduo como um todo, e que definirá a conduta medicamentosa.

Cada matéria médica é estudada como se fosse uma pessoa e constitui, portanto, a nosologia da figura humana sob o conhecimento homeopático. Trata-se de empreitada trabalhosa e complexa, conforme se verá adiante. O paciente precisa ser enquadrado numa delas, e é isso que respalda a prescrição. Busca-se o maior número de indicadores terapêuticos em comum entre ambos. Depreende-se, pois, que a escolha terapêutica se baseia na pessoa como um todo.

Se, numa face, o método cartesiano concentra-se nas evidências mais salientes do distúrbio, diminuindo a percepção do observador em relação à

completude do ser humano, na outra, o holístico busca o equivalente nosológico do sujeito em sua matéria médica, afastando-se em demasia da enfermidade. Então, em certos momentos, o homeopata deve sugerir a avaliação do caso por um médico convencional e, se possível, trabalhar em parceria com ele.

Recapitulando, a medicina convencional lida especialmente com as alterações comuns, aquelas que se repetem em diferentes pessoas. Diagnostica-se tal ou qual doença pelo fato de apresentar um número mínimo de sinais e sintomas que a caracterizam. A homeopatia coloca-se nas antípodas: procura as raridades do paciente, reunindo dados físicos e emocionais de sua trajetória existencial. Na ausência de dados peculiares daquele sujeito, a prescrição homeopática perde muito de seu embasamento. Reitera-se, pois, que as duas perspectivas são complementares: o que uma coloca em segundo plano, a outra prioriza, e vice-versa.

Desse modo, convém ter cautela com a exaltação do enfoque sistêmico. Haverá ocasiões em que a intervenção reducionista é mais oportuna, tendo em vista a impossibilidade de se levantar o quadro geral e retrospectivo. Isso não significa que a homeopatia não seja efetiva em quadros agudos ou emergências, mas para aplicá-la em escala populacional sob tais circunstâncias é necessário **reduzir** a sua *matéria médica* aos dados mais frequentes e repetitivos. Nesse caso, o paciente que não é solicitado a expor a sua trajetória de vida, dificilmente toma consciência de sua responsabilidade diante do que lhe acontece.

Há que procurar, enfim, o ponto de equilíbrio entre a visão restrita e a complexa. A hegemonia de qualquer uma dessas duas abordagens é nociva. Comentando acerca da 'liquidação do sujeito moderno e humanista', Breilh (2006, p. 107) afirma que *passamos dos erros da totalização e da fase errônea no macro para os erros da fragmentação, da concentração no micro*. E complementa: *...o avesso da tirania da totalidade é a ditadura do fragmento*.

SUSCETIBILIDADE E PREDISPOSIÇÃO

A doença é fruto do próprio sujeito, devido à sua tendência pessoal, ou depende de fatores externos que o atingem?

O método cartesiano busca quase sempre um fator desencadeante, de preferência, alheio à pessoa, enquanto o sistêmico considera mais importante a predisposição e a suscetibilidade.

Neste capítulo, vamos acompanhar as consequências da intensificação progressiva da predisposição, por um lado, e da suscetibilidade, pelo outro. Aparentemente, muitos homeopatas usam os dois termos como sinônimos, mas convém distingui-los entre si com clareza em relação à saúde: predisposição é *vocação, tendência, pendor, inclinação, propensão* (AURÉLIO, 2004); suscetibilidade quer dizer *tendência para sentir influências ou contrair enfermidades* (idem). Aplica-se, portanto, o conceito de predisposição, com mais propriedade, ao potencial de desenvolver alterações por si mesmo, à revelia de qualquer estímulo exterior, e tende para o automatismo e a compulsão, independente de qualquer influência ambiental; suscetibilidade, por sua vez, representa a face vulnerável do indivíduo aos elementos do meio com os quais interage e o afetam ou o constroem a manifestar distúrbios, tornando-se sede de perturbações provocadas por terceiros.

Na prática, pode-se se dizer que a predisposição inclina o sujeito a exprimir determinado distúrbio, ao passo que a suscetibilidade corresponde à permissão para que algum fator externo o provoque. A presença num mesmo indivíduo de predisposição e vulnerabilidade acentuadas aumenta bastante a probabilidade de ocorrência de uma possível alteração. As duas alternativas, em geral, se conjugam, ora sobrepunando a predisposição individual, ora a influência do ambiente.

Ainda que se reafirme que o fator externo não tem poder de manifestar sintomas por si só e depende do organismo para elaborar as alterações, é necessário reconhecer que o ambiente não é totalmente passivo e inerte, como postularam alguns homeopatas: *as bactérias são resultados da doença* (KENT, 1970, p. 15). Observe-se a alta prevalência de afecções relacionadas a elementos externos, através da afirmativa de Robbins (2000, p. 360-1): *nos Estados Unidos as doenças e mortes prematuras causadas por exposição ocupacionais afetam 120 milhões de trabalhadores*. O texto citado prossegue, destacando os acidentes de transporte, os assaltos e violência física, bem como substâncias químicas, sendo que *destas, cerca de 1.500 são pesticidas*

e 5.500 são aditivos alimentares [...]. Embora nem todas essas substâncias tenham sido testadas, 600 produziram câncer em pelo menos uma espécie de roedor.

Sob preceitos reducionistas, o conhecimento científico progrediu de-
ras quanto aos fatores locais da enfermidade. Sabe-se que muitas patologias
estão relacionadas com a presença de determinado patógeno, com alterações
moleculares e fisiopatológicas ou alguma condição do meio. No caso das
infectocontagiosas, valoriza-se o grau de infectividade e de patogenicidade,
que varia para cada agente externo e aquele, com altos índices nesses dois
aspectos, contagiará muitas pessoas e grande parte delas manifestará os
respectivos sinais mórbidos.

Desse modo, um microrganismo com alta **patogenicidade**, a exemplo
do sarampo, tende a se manifestar em 99% das pessoas suscetíveis que se
expõem a esse vírus (AMATO NETO; BALDY, 1991, p. 4). Comparativamente,
o vírus da poliomielite mostra baixa patogenicidade já que apenas 0,5%
dos suscetíveis expostos apresentam a doença. No caso da hidrofobia, *já se
demonstrou que, de seis indivíduos não imunizados agredidos por animal
comprovadamente raivoso, apenas um, em média, desenvolverá a doença*
(p. 727). Acrescente-se também que a variação de infectividade às vezes
depende da faixa etária, como na hepatite, em que *a infecção crônica ocorre
em mais de 95% das crianças infectadas ao nascimento, em 25 a 50%
das crianças infectadas entre 1 e 5 anos de idade e menos de 5% no adulto*
(PORTA, 2004, p. 95).

Além desta capacidade patogênica do agente externo, há de se levar
em conta também a intensidade das manifestações clínicas e eventuais
complicações, o que se denomina **virulência**. Assim, o sarampo é tido como
muito virulento, ao passo que a caxumba, *cuja patogenicidade é intermediá-
ria, causando doença em cerca de 60% dos suscetíveis infectados, possui
virulência relativamente baixa*, segundo Amato-Neto; Baldy (1991).

A visão homeopática valoriza mais o sujeito, restringindo nele, prati-
camente, toda a possibilidade de adoecer, inclusive nos transtornos infecto-
contagiosos. Argumenta com o fato que aproximadamente 95% das pessoas
adultas em contato com a maioria dos agentes infecciosos, a exemplo do
vírus da hepatite, não desenvolvem a doença (PORTA, 2004, p. 95). Sem
desprezar o mérito da vacinação ou de qualquer tratamento específico para
esse gênero de enfermidade, a perspectiva sistêmica concebe a hipótese
de que um sujeito mais equilibrado no seu todo, melhor ajustado consigo
mesmo e com sua vida, resultado obtido com frequência por meio de acom-
panhamento holístico bem sucedido, dentre outros recursos, apresenta seu
sistema imunológico mais ativo, diminuindo sua suscetibilidade às infecções
em geral, inclusive à hepatite.

A homeopatia propõe que a enfermidade depende de uma suscetibi-
lidade pessoal e, sem esta, o fator extrínseco torna-se inócuo: *a verdadeira
causa da enfermidade está no próprio paciente. Existem alguns, em zonas
maláricas, que estão livres de infecção...* (GHATAK, 1978, p. 13).

Nesse enfoque, o meio ambiente só atua quando existe vulnerabilidade ou **idiossincrasia**, que significa *disposição de temperamento do indivíduo que o faz reagir de maneira muito pessoal à ação dos agentes externos* (AURÉLIO, 2004). Ao afirmar que sem vulnerabilidade do sujeito não há doença, caminha-se para o extremo de menosprezar a participação do meio ambiente na causalidade da patologia, considerando-o sempre subordinado à suscetibilidade individual. Contudo, importa admitir a existência de casos nos quais prepondera a predisposição e outros em que predomina o meio ambiente, sem esquecer aqueles em que ambos participam com cotas semelhantes.

Focalizando a tendência individual para se manifestar determinado distúrbio, podemos classificá-la em discreta, moderada e intensa. O primeiro tipo dificilmente apresentará alterações de modo espontâneo, a não ser em presença de algum agente fortemente desencadeante. O elemento com propensão moderada tem maiores possibilidades de manifestar as perturbações decorrentes do contato, especialmente se o fator externo tiver média ou alta patogenicidade. Finalmente, o sujeito com predisposição intensa pode exteriorizar a moléstia, sob estimulação exterior débil ou ausente. Em relação ao último tipo, a Teoria do Caos em Epidemiologia — que deve merecer a atenção do homeopata — ocupa-se com questões muito relevantes:

Como alguém pode explicar que a doença possa desenvolver-se livremente, sem influência do meio ambiente? Uma vez iniciado, o processo patológico se desenrola como se as condições iniciais ou contextuais não tivessem impacto algum sobre a progressão da doença (PHILIPPE, 1998, p. 215).

É, portanto, necessário conciliar a predisposição e o meio, dando a cada um o seu peso. A valorização de ambos — idiossincrasia e ambiente — na gênese das enfermidades produz uma teoria ampla, capaz de responder satisfatoriamente a uma gama de questões referentes ao tema.

O fato de herdar o gene anormal (o primeiro ‘impacto’...) não é suficiente para manifestar o transtorno psiquiátrico. A pessoa tem de sofrer também o segundo ‘impacto’ proveniente do ambiente, que se presume ser eventos de vida tais como má infância ou divórcio, ou ainda agressões do meio ambiente tais como vírus ou toxina (STAHL, 1998, p. 87).

Note-se que os genes ou primeiro impacto correspondem à predisposição, e o segundo impacto depende da suscetibilidade ao ambiente. Contudo, o indivíduo com grande predisposição adoce espontaneamente e dispensa a necessidade do segundo impacto.

Adentrando o campo psicológico, fica mais clara a possibilidade de se relacionar o grau de acometimento à intensidade da predisposição, embora do ponto de vista sistêmico o raciocínio se aplique igualmente ao plano orgânico:

- a) *predisposição discreta* — suporta agressões ou perdas significativas sem evidenciar alterações ou se recuperam após um período de estresse. São os indivíduos mais saudáveis, que não se deixam abater pelos reveses ou demonstram índice avantajado de resiliência. Superam situações tidas como traumatizantes e não reproduzem, diante dos outros ou dos filhos, os erros educacionais ou afetivos de seus próprios pais ou responsáveis (nem os substituem por outras anomalias equivalentes), mas operam a correção da trajetória de seus antepassados.
- b) *predisposição moderada* — parece ser o caso da maioria das pessoas. Pode ou não manifestar uma alteração e, muitas vezes, o contato com o fator externo será decisivo para a eclosão do quadro. E se a exteriorização espontânea tende a ser leve, a presença do elemento exterior agrava a sintomatologia. Abandono, rejeição, fracasso, perda, frustração, decepção etc., aparecem na vida de muitas pessoas que, com o tempo, manifestam as respectivas consequências, pois não são capazes de se conservar hígidos.
- c) *predisposição intensa* — predomina a expressão de determinado desajuste sob baixa ou nenhuma estimulação. Exemplo: paciente apresentou quadro esquizofrênico após ser preterido pela garota com quem desejava namorar. Este subgrupo costuma desapontar os interessados em correlacionar sempre uma causa externa com a doença. Na verdade, a tendência pessoal exacerbada utiliza alguma contrariedade de pouca monta para expressar com plenitude o seu estado íntimo perturbado.

Ao se investigar a saúde ou eventual predisposição a qualquer patologia torna-se imprescindível verificar a trajetória de vida da pessoa, observando como reagiu ao impacto das experiências que ela própria classifica como difíceis. Incluem-se nesse capítulo uma quantidade enorme de circunstâncias, todas elas carregando alguma sensação de dor, perda, adaptação forçada, constrangimento, violência, desconhecido, desamparo etc. Desse modo, constata-se a impossibilidade de se definir o grau de sanidade ou predisposição individual sem perscrutar a história do sujeito em relação ao seu ambiente. Não que o homem seja fruto do círculo em que vive, mas é através da interação com o meio que o sujeito se revela. A virtude precisa ser provada. Pessoas que superaram adversidades importantes denotam hígidez, ao passo que reações exageradas e desproporcionais, bem como crises existenciais profundas ou prolongadas perante frustrações comuns indicam estrutura frágil e enfermiça.

Por outro lado, deslocando o foco para o agente externo, pode-se afirmar que dependendo do tipo de agressão do meio ambiente, dificilmente não haverá seqüela importante nos respectivos protagonistas, destacando-se o abuso sexual perpetrado pelo genitor ou responsável, a perda súbita de status social e a morte acidental de filho durante a infância. Diante

do exposto, admite-se que esses acontecimentos, como outros, tendem a desencadear alterações com frequência, sendo, portanto, altamente patogênicos e virulentos, à semelhança do vírus do sarampo. Nesse ângulo, se todos os indivíduos são vulneráveis, a suscetibilidade não faz diferença, e o fator ambiental prevalece em todos os casos. Portanto, determinados fatos e agentes externos têm poder *quase* absoluto de provocar danos...

Mas, a amplitude do prejuízo varia de acordo com a estrutura pessoal da vítima. Se ela for mais saudável, conseguirá reduzi-lo de forma relativa. Caso os mecanismos internos de solução sejam ineficazes, as alterações se espalharão, impondo perdas na cognição, na afetividade ou na própria personalidade e/ou identidade. Além disso, se a pessoa tiver tendência para localizar suas alterações de forma mais evidente no físico, preservando suas funções mentais, a culpa aliada ao desprezo por si mesma ou rejeição à própria vida pode ocasionar o aparecimento de várias enfermidades, dentre as quais algum quadro grave relativo à autoimunidade.

Assim, pode-se deduzir que a manifestação, seja no orgânico ou no emocional, resulta de um balanço entre a predisposição individual e a patogenicidade/virulência do meio ambiente. Ressalte-se que a pessoa só é vulnerável ao agente externo, seja um ínfimo vírus, seja um veículo gigantesco, porque abriga suscetibilidade semelhante em seu emocional. Então, pode-se dizer que a Síndrome de Guillain Barré — patologia com maior prevalência de paralisia flácida abaixo dos quinze anos de idade (DIAS-TOSTA; KUCKELHAUS, 2002) — corresponde, em tese, à poliomielite sem a participação do vírus, denunciando tendência acentuada por parte do paciente. A Síndrome é considerada atualmente autoimune. Observa-se que o pensamento reducionista tende a buscar uma causa externa ou mecanismos biológicos locais, pela comodidade do pensamento linear (SOLOMON; WILLISON, 2003).

Baseado nesse conceito, alguns homeopatas rejeitam a vacinação, sob o argumento de que se a pessoa tiver forte inclinação para o distúrbio, apresentá-lo-á — ou patologia equivalente — de qualquer modo, ainda que não haja nenhum microrganismo envolvido.

Entretanto, convém se posicionar com tranquilidade em relação à imunização obrigatória. Qualquer efeito adverso pós-vacinal depende da suscetibilidade do paciente, e a homeopatia consegue reverter, em muitas ocasiões, o transtorno já instalado, bem como diminuir a vulnerabilidade às futuras vacinas. Esse é mais um motivo para se reforçar a conveniência da integração da abordagem sistêmica aos procedimentos já padronizados na biomedicina.

A vacinação ativa representa um contributo notável da ciência médica para a saúde da humanidade. A história das epidemias de varíola e peste, dentre outras, são páginas tenebrosas de sofrimento e mortandade generalizada. Mas, por que não investigar possíveis benefícios do acompanhamento homeopático nos portadores de transtornos imunitários, os quais não desenvolvem os respectivos anticorpos, ou ainda nos casos de efeito adverso pós-vacinal?!



DIAGNÓSTICO

PATOGENESIA

Antes de tudo, registre-se que o tema Patogenesia será complementado no capítulo *A Terapêutica*.

Patogenesia é o processo de investigação experimental realizado em voluntários sadios, cujo objetivo máximo é detectar efeitos raros e peculiares de uma determinada substância, os quais permitirão o seu emprego terapêutico de acordo com o critério sistêmico, ou seja, ajustada ao paciente como um todo.

Os efeitos comuns, aqueles que se repetem em diversos experimentadores, em geral têm pouca importância para caracterizar a indicação terapêutica, embora contribuam para montar o perfil do medicamento.

Desse modo, pode-se dizer que a experimentação visa revelar a identidade da substância, um padrão reativo, como se fora o temperamento de uma pessoa, com suas peculiaridades, sejam mentais ou orgânicas.

Mas, antes de analisar a patogenesia como procedimento científico, é interessante observar que os envenenamentos e as intoxicações acidentais ou voluntárias provocam um quadro de sinais e sintomas que tende a se repetir, com pequenas variações, nos diferentes indivíduos, constituindo, portanto, uma espécie de “doença”. Assim, a ingestão de arsênico, mercúrio, chumbo, *belladonna* — entre várias outras substâncias — e as picadas por insetos ou animais venenosos ocasionam um conjunto de perturbações clássicas e facilmente reconhecidas, cuja gravidade pode ser fatal.

São dados que tendem a se reproduzir nos sujeitos expostos ao seu contato e podem ser classificados de **comuns**. Isso explica o uso do remédio como *específico*, pautado em efeitos experimentais repetitivos. Assim, pode-se utilizar *Arnica montana* para hematomas, *Cantharis* para queimaduras, *China* para malária, *Drosera rotundifolia* para tosse seca coqueluchóide etc. (VIEIRA, 1993). Essa conduta corresponde também a uma abordagem cartesiana em homeopatia, já que desiste de se embasar a escolha terapêutica no paciente como um todo e em sua singularidade.

A patogenesia representa a transformação da intoxicação — espontânea ou provocada — num método de pesquisa, consoante às diretrizes estabelecidas por Samuel Hahnemann no *Organon* (par. 118-142), atualizadas, dentro do possível, à metodologia científica contemporânea. Azambuja (inédito 1) assevera que *a patogenesia é a demonstração experimental de um método científico que inclui o sujeito ativamente no desenvolvimento, observação*

e especificação dos resultados como expressão de seu viver enquanto vive o fenômeno do experimento. Como veremos adiante, diluições progressivas no sentido de se afastar dos efeitos tóxicos, suscitaram os idiossincrásicos, surpreendendo os experimentadores. Vieram à tona sensações subjetivas e alterações na esfera psíquica, mesmo nas dinamizações mais baixas. Desse modo, durante a patogênese, extraem-se os dados da personalidade daquele elemento ou composto, e não apenas a “enfermidade” ou intoxicação, seja o produto extraído do reino mineral, vegetal ou animal.

Lançando mão aqui dos conceitos suscetibilidade e predisposição, discutidos acima, pode-se afirmar que a substância tóxica equivale ao fator ambiental de alta patogenicidade, como se viu em relação ao vírus do sarampo. Tal substância provoca efeitos comuns e repetitivos, independente da suscetibilidade, revelando prevalência por parte do fator externo em relação ao sujeito. No entanto, havendo também sensibilidade individual, o experimentador ou provador apresentará simultaneamente outros sinais, cuja raridade contribui para conhecer a moldura global do medicamento (TEIXEIRA, 2009). São estes últimos dados que conferem individualidade àqueles comuns. Por exemplo, a mágoa de *Ignatia* difere da de *Natrum muriaticum* que, por sua vez, distingue-se da que ocorre em *Aurum metallicum*, e assim sucessivamente.

Concebe-se que uma dose ponderal muito pequena de qualquer substância tóxica promova o aparecimento de alterações idiossincrásicas em sujeitos sensíveis sadios, através da experimentação, mas a homeopatia propõe que esse tipo de pesquisa utilize a substância nas diluições estabelecidas por Hahnemann — de preferência, acima da centesimal 12 (doze) — evitando-se assim o mínimo risco de dano aos participantes. Desse modo, há que se destacar que a diluição respeita os fundamentos bioéticos:

O princípio da moralidade médica e cirúrgica consiste em nunca executar no homem uma experiência que possa produzir nele malefício de qualquer espécie, mesmo que o resultado possa ser altamente vantajoso para a ciência, isto é, para a saúde de outros (BERNARD *apud* PESSINI; BARCHIFONTAINE, 1997, p. 171).

Hahnemann já se antecipara a isso: *Quando eu propuser alguma coisa para experimentar, eu tomarei cuidado para que não seja nada que arruíne a saúde, e preparado de forma que não afete vocês violentamente...* (HAEHL, 1971, p. 101) (vide item 7 e 8 do próximo capítulo).

Caso o indivíduo seja sensível àquela substância, surgirão efeitos estranhos e peculiares, e mesmo que ela seja inerte no estado ponderal, o experimentador pode revelar dados muito úteis à composição do seu quadro. Isso significa que há predisposição suficiente no indivíduo para manifestá-los e basta um leve contato com a substância para a sua eclosão. Assim, existindo dados frequentes de natureza toxicológica, representados por sensações e disfunções repetitivas, tal conjunto é enriquecido com

características particulares do modo como alguém pode se sentir, sofrer, reagir e atuar no mundo, provenientes dos experimentadores sensíveis, mesmo com substâncias em alta diluição.

Contudo, o treinamento do experimentador parece diminuir a importância da suscetibilidade à substância, já que amplia a percepção do sujeito para detectar os efeitos sutis e fugazes da patogenesia. Aqui vale a pena registrar que a supervalorização do protocolo parece ser uma das causas que dificultam a obtenção de evidências singulares, como ocorreu com a experimentação de *Brosimum gaudichaudii*, conduzido por Marim (1998). É possível que o rigor metodológico e a proposta multicêntrica funcionem como fator inibitório sobre os provadores.

Em homeopatia, a individualidade é o mais importante, seja na pesquisa, seja na clínica. O protocolo é indispensável, desde que não cerceie a espontaneidade dos sujeitos. Talvez isso explique a razão pela qual existe uma *verdadeira relutância por parte de alguns que conduzem EPH* [Ensaio Patogenésico Homeopático] *na comunidade homeopática atualmente para aceitar a necessidade de desenhos que reduzem os vieses adequadamente* (ROGERS, 2010, p. 99).

Há de se reconhecer, porém, que a falta de controle permite a inclusão de dados, cuja autenticidade deixa a desejar, e tais informações equivocadas não promoverão, posteriormente, resultados terapêuticos dignos da homeopatia (DANTAS; RAMPES, 2000). A purificação e, se necessária, a exclusão de efeitos permanece como grande desafio. Registre-se que essa preocupação é antiga nos meios hahnemanianos. Dudgeon (2002, p. 29) declara o seguinte:

Não podemos deixar de ressaltar que para nós há outro ponto relacionado às instruções de Hahnemann para as experimentações que não podemos considerar como uma fonte muito confiável para determinar as virtudes medicinais das substâncias. Referimo-nos à sua afirmativa de que devemos considerar como uma ação pura da droga todos os sintomas [efeitos] observados pelo experimentador, mesmo que alguns deles já tenham sido observados previamente como uma ocorrência espontânea. Lamento que Hahnemann tenha permitido que esta fonte fosse considerada como pura... [observação deste autor].

Price (2001, p. 44) comparte da mesma opinião acima contrária à inclusão na patogenesia de dados vivenciados anteriormente pelo sujeito.

E tudo indica que ambos estejam cobertos de razão. Analisando os efeitos incluídos na matéria médica de Hahnemann (2009), sob a autoria de Langhammer (Lr.), observam-se alguns detalhes significativos: 1. *Visão à distância: ele podia ver objetos distantes distintamente, embora ele fosse naturalmente visão muito curta* aparece em *Angustura*. E o sintoma *visão à distância; ele podia ver todos os objetos distintamente a uma distância considerável ao longo de todo o dia* — está registrado em *Calcarea acética*. 2. *Sonhos lascivos ou voluptuosos* ocorrem 22 vezes (30,9%) dos 71 sonhos

agregados pelo referido autor. 3. Dez (14%) *poluções noturnas* com ou sem sonhos eróticos, dentre os 71 mencionados. No entanto, essa análise encontra um sério obstáculo: os efeitos incluídos pelo citado colaborador não foram obrigatoriamente suscitados nele mesmo, já que podem proceder de outros voluntários. Os registros de Hahnemann não especificam tal informação. De qualquer modo, Hughes (2001, p. 22) opina em relação a Langhammer, que os *seus sintomas morais são, como o Dr. Roth mostrou, de caráter muito semelhante sob qualquer droga que tenha experimentado*, configurando efeitos despertados não pela influência da substância, mas devidos à suscetibilidade do sujeito, já que eram preexistentes.

A tecnologia da computação lida com fenômeno análogo e serve, aqui, de referência muito instrutiva:

A memória humana está longe de ter a performance de um equipamento ideal de armazenamento e recuperação das informações [...]. Em particular, parece que temos muita dificuldade para discriminar entre as mensagens originais e as elaborações que associamos a elas. Nos casos jurídicos, por exemplo, há muito tempo já foi observado que as testemunhas misturam os fatos com as suas próprias interpretações, sem conseguir distingui-los. Quando os fatos são interpretados em função de esquemas preestabelecidos, as distorções são ainda mais fortes. As informações originais são transformadas ou forçadas para se enquadrar o mais possível no esquema, e isto qualquer que seja a boa fé ou honestidade das testemunhas (LÉVY, 2004, p. 81).

A citação acima contribui para se distinguir o efeito puro, observado pelo experimentador, do comentário que este, com frequência, acrescenta ao texto e — muito provavelmente — esteja impregnado do passado do sujeito e não faça parte do dado patogenésico. O verdadeiro efeito é uma alteração no padrão da saúde psíquica e orgânica do experimentador, ao passo que a sua interpretação ou reflexão, adicionada posteriormente, vem influenciada por sensações e experiências preexistentes que, para obterem valor patogenético, precisam ser criteriosamente avaliados pelo diretor da investigação.

É indispensável que os núcleos de experimentação desenvolvam procedimentos simples, mas eficientes para a solução do problema. Mais uma vez, pode se recorrer a Hahnemann (*apud* HAEHL, 1971, p. 101):

Empenhe-se mais e mais em descobrir a exata expressão para a sensação que surgiu, e as mudanças em seu bem-estar, assim como as condições sob as quais apareceram. Meus alunos aqui têm uma tarefa mais fácil a esse respeito. Sempre que eles me apresentam a lista, eu reviso cada sintoma [efeito] com eles, e questiono-os de um lado e de outro, a fim de completar, através de suas lembranças, o que seja necessário para torná-los mais explícitos... [observação deste autor].

Além de uma supervisão criteriosa, que verifique “as lembranças” dos efeitos redigidos junto a cada experimentador, sem asfixiar sua espontaneidade, mas rejeitando-lhe as impressões pessoais sobre o dado patogenésico, parece que o segundo filtro para controlar o material obtido na experimentação consiste no estudo científico dos efeitos registrados — vide capítulo *Matéria Médica Dialética*. Assim, qualquer informação que não se encaixe em nenhum de seus respectivos polos ou que não guarde coerência com o conjunto deve ser visto com cautela. A inserção através da analogia deve ser evitada, em função do risco desse tipo de raciocínio (PLATÃO, 1972; p. 207). Não se confunda a inconveniência do emprego da analogia na experimentação com o seu uso válido no método dialético de estudo da matéria médica. Acrescente-se ainda que...*na experimentação completa a ação dinâmica da droga somada aos sintomas clínicos mantém-se como uma unidade e, assim como os sintomas [efeitos] patogenésicos e clínicos são repetidamente confirmados, a matéria médica sustenta seu valor como guia clínico* (WOODBURY, 2002, p. 62) [observação deste autor].

A obtenção da totalidade característica dos efeitos, entrelaçando os dados comuns e os peculiares formam uma unidade conceitual coerente e tem proporcionado à homeopatia uma privilegiada abordagem global. Os elementos patogenésicos de cada substância, organizados cuidadosamente, revelam suas respectivas possibilidades terapêuticas e compõem a sua matéria médica. Cada uma delas mostra, além das marcas orgânicas, um conjunto peculiar de sentimentos, atitudes e reações, descortinando uma nosologia avançada, que se poderia denominar de *homonose* (*homo: designação referente ao ser humano + nose: doença; moléstia*). A *homonose* não se limita às moléstias, sejam orgânicas ou mentais, e sim estuda os processos humanos patológicos segundo um enfoque biopsíquico.

Estes quadros sintomatológicos não adquirem a força de padrões fixos ou estáticos, como Massad (2004, p. 6) parece ter entendido. São, na verdade, modelos referenciais que se empregam na clínica para figurações aproximadas. Os pacientes estão para a patogenesia como *variações sobre um mesmo tema* no campo da música, permitindo, com frequência, um estimulante exercício de criatividade a fim de identificar a correspondência entre os dados patogenésicos e as alterações do enfermo.

Pode-se, então, enunciar **patogenesia** como o conjunto de efeitos suscitados por qualquer substância natural ou sintética — em dose ponderal ou diluída — em diferentes indivíduos sadios e treinados, englobando tanto as alterações comuns e repetitivas, quanto os dados raros, estranhos e peculiares. Nesse aspecto, o ser humano revela-se — graças à patogenesia — um sensível e complexo laboratório, capaz de traduzir a identidade e natureza da substância. Reunidos em sua matéria médica, os efeitos personificam um conjunto único e inconfundível, possibilitando o seu emprego terapêutico com enorme confiança, desde que se faça o levantamento do quadro da *totalidade característica* (TC) do paciente.

O efeito patogénico no experimentador é idiossincrásico e, frequentemente, subjetivo e fugaz, ao passo que no doente a mesma alteração costuma se apresentar com características vigorosas e duradouras. No primeiro é relâmpago e, no paciente, tende a ser estável e intenso. Na compreensão da matéria médica, pode-se orientar pelo seu brilho com toda a segurança.

Em resumo, a experimentação reproduz a relação entre o ser humano e o meio ambiente. A substância tóxica corresponde ao fator exógeno, seja microrganismo ou vivência psicológica, capaz de provocar alterações em qualquer indivíduo. Esse poder diminui progressivamente até o ponto da substância inerte não desencadear efeitos no experimentador, exceto quando ele se mostra particularmente sensível à mesma. Em paralelo às intoxicações naturais, a ciência homeopática intervém no fenómeno através do treinamento do sujeito, capacitando-o para observar os sinais sutis e fugazes que caracterizam a patogénia. Ressalve-se, porém, que talvez não exista nada inerte em a natureza. A suscetibilidade de algumas pessoas a determinado alimento, consumido em larguíssima escala demonstra que nada é universalmente inócuo. Isso faz recordar que é necessário pesquisar todo veículo usado no remédio quanto aos efeitos que ele seja capaz de desencadear, a fim de filtrá-los e impedir sua anexação ao texto patogénico.

* * *

Outro aspecto extremamente relevante no estudo da homeopatia de forma em geral é a diluição. Sua verdadeira importância, tanto na patogénia como na terapêutica, ainda está por ser esclarecida. Um exemplo clássico encontra-se em *Platinum metallicum*, cuja matéria médica contém diversos efeitos peculiares, extensamente confirmados clínica ao longo de décadas. Nesse caso, os dados foram obtidos em sua maioria numa experimentação instituída por este médico [Gross] através de uma 'jovem senhora, saudável física e mentalmente, além de robusta [blooming], embora um tanto excitável' que tomou doses da primeira trituração entre duas a três gramas ao todo do metal (HUGHES, 2001, p. 759).

Outra citação relacionada ao assunto vem de Hartmann (*apud* HAEHL, 1971, p. 100): *Ele próprio [Hahnemann] nos dava os medicamentos que eram para ser experimentados; os vegetais na forma de essência ou tintura — os outros na primeira ou segunda trituração*. Destaque-se que Franz Hartmann foi membro da União dos Experimentadores e é citado inúmeras vezes nas patogénias publicadas por Hahnemann. Desse modo, a investigações foram realizadas com substâncias no estado ponderal. Aqui já se pode adiantar uma hipótese muito instigante, que será retomada posteriormente: se a substância desencadeia efeitos patogénicos peculiares mesmo sem qualquer diluição, é provável que também cure as alterações de saúde nesse mesmo grau de concentração. Aparentemente, a diluição não constitui procedimento indispensável para se alcançar resposta global no paciente.

A face oposta da questão surge com a vantagem de se obter efeitos patogênicos com a substância diluída:

É um grave erro acreditar que os medicamentos não podem ser experimentados com segurança, a não ser através de fortes doses materiais; muito pelo contrário: quanto mais fraca é a dose e incapaz de provocar uma reação mais ou menos geral do organismo, mais se poderá estar seguro de que os fenômenos constatados são efeitos reais produzidos pelo medicamento... (JAHR, 1987, p. 158).

Enfim, a diluição será abordada em diferentes capítulos, a exemplo da patogenesia de *Guajacum officinale*, e *Medicamento Homeopático*, bem como em *A Terapêutica*.

Compreendendo bem o método experimental homeopático, conclui-se que a chance de se efetuar a prescrição adequada depende de se trabalhar com dados peculiares da patogenesia. A busca dos efeitos singulares de cada substância é tão essencial quanto conhecer os sintomas raros e estranhos do enfermo, e ambos os quadros devem se espelhar mutuamente. Pode-se, assim, declarar que a finalidade é a escolha do medicamento, cuja matéria médica registra mais traços peculiares relacionados aos do paciente.

Desse modo, uma experimentação que produza muitos dados, mas que não formem um conjunto exclusivo, com identidade própria, ou não componha um perfil único tem pouca serventia na clínica. Ao contrário, uma substância com poucos dados patogênicos, mas que redundem numa singularidade, seja de alguns detalhes, seja no todo, tem maiores chances de aplicação terapêutica.

Na experimentação, o objetivo não é produzir sintomas [efeitos] muito violentos, tais como os encontrados nas intoxicações agudas como resultado de altas doses da droga em estado natural, mas, preferivelmente, utilizar pequenas doses, a fim de apresentar a ação dinâmica, que apresenta os sintomas [efeitos] mais puros e característicos. Não é necessário, nem desejável, produzir uma patologia extensa (OLDS, 2001, p. 90) [observação deste autor].

Cabe acrescentar que a tentativa de trabalhar com efeitos colaterais e/ou adversos dos medicamentos químicos, atribuindo-lhes o valor de indicadores terapêuticos, é pouco relevante para a homeopatia, o que será detalhado no capítulo *A Terapêutica*. Embora útil, esse conhecimento tem o defeito congênito de ser limitado à toxicologia, tornando de importância capital a realização de experimentações para se conhecer os dados patogênicos peculiares de cada substância, sem os quais não se alcança a sua individualidade e o resultado ficará restrito aos sintomas comuns. Tal aplicação, apesar de mais ampla do que a convencional, ainda fica muito aquém do refinamento da patogenesia, que não só anexa os efeitos colaterais,

como revela a identidade da substância e permite o grande diferencial que é tratar “quem” e não o que.

Quando se diz que o efeito do medicamento químico é conhecido por intermédio da intoxicação não significa que seja nocivo como se depreende do conceito do termo *tóxico*. O objetivo é mostrar que esse tipo de efeito comum acontece por uma imposição da substância aos indivíduos com quais entra em contato. Tais manifestações distinguem-se dos efeitos patogénicos, os quais dependem de cada sujeito e, portanto, são raros e sutis.

Outro aspecto valioso da pesquisa patogénica é o altruísmo do experimentador. A execução de patogénias bem conduzidas, de acordo com as normas estabelecidas pelos clássicos, atualizadas dentro do possível e necessário, representa um dever indeclinável para os discípulos de Hahnemann. Além disso, a participação em experimentações contribui de forma extraordinária para o próprio amadurecimento, exercitando o seu pensamento clínico, seja para compreender o conjunto de dados da patogénia, seja para formular a síntese das alterações peculiares do doente.

Nesse âmbito, a patogénia parece se enquadrar na modalidade denominada *pesquisa participante*, já que se trata de um processo de adesão espontânea dos profissionais e/ou estudiosos do assunto, cujo objetivo precípua é intensificar o conhecimento do grupo acerca dos efeitos raros e sutis de determinada substância. Neste caso, deve-se pleitear a dispensa do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) junto aos Comitês de Ética em Pesquisa. Talvez esse argumento não seja adequado quando a experimentação envolve pessoas que não dispõem de formação nem atuam na área, sendo então necessária a tutela de um coordenador e, consequentemente, a aplicação do TCLE.

A pesquisa em que tomam parte pessoas implicadas no problema pesquisado, assumindo que têm um papel dentro do contexto a pesquisar é a pesquisa participante. Nesse tipo de pesquisa há uma diminuição da distância entre o pesquisador e o pesquisado. Trata-se de uma estratégia própria das ciências sócias e muito frequente em antropologia (BRASIL, 2010, p. 38).

OPERACIONALIDADE

Atualmente, a tendência é diluir a substância, seja natural ou artificial para se evitar fenômenos toxicológicos durante a experimentação. Isso introduz uma mudança significativa no processo porque a partir de tal procedimento nem todos os experimentadores apresentam alterações ostensivas e/ou frequentes relativas ao composto ingerido, mesmo que seja um tóxico fortíssimo. Além disso, alguns efeitos mostram-se tão sutis que, se o voluntário não estiver muito atento, passam despercebidos. São fugazes, complexos e, às vezes, sintéticos, exigindo treinamento e perspicácia na função de experimentador.

Como norteamento geral, pode-se pautar em Piper (*apud* DUDGEON, 2002, p. 36):

Para conduzir estas experimentações de forma eficiente, ele assinala, devemos tentar livrar nossas mentes de todas as ideias preconcebidas com relação à cura, efeito primário, efeito secundário etc. É melhor que o experimentador não saiba a substância que está tomando. É absolutamente necessário que se experimente uma e apenas uma substância em vários indivíduos para que possamos obter um conhecimento amplo de sua esfera de ação.

Em primeiro lugar, cabe a ênfase quanto à necessidade de muito conhecimento do provador em relação a si próprio para não atribuir ao medicamento, sintomas e perturbações que provêm dele mesmo. Desse modo, o registro das condições habituais do indivíduo — efetuado durante o período de observação que antecede à ingestão — assume papel basilar, servindo para dirimir eventuais incertezas ao longo da investigação.

Deve se aplicar um filtro severo aos sonhos, tornando-se obrigatório examinar a relação deles com emoções ou sonhos habituais do próprio experimentador e que não guardam nenhuma relação com a patogenesia. Um dos recursos que o diretor de pesquisa pode se valer é a confrontação do conteúdo do sonho com outros efeitos nitidamente originais, deste mesmo experimentador ou do restante do grupo. Aparentemente, algumas substâncias têm mais tropismo pela função “sonho”, como é caso dos compostos de *Magnesia*. Na dúvida, é mais sensato descartar o efeito.

Geralmente, o experimentador disponibiliza poucos sinais de cada produto investigado. Pesquisas que adotam o placebo inibem ainda mais

o sujeito novato na atividade. Portanto, nas primeiras experimentações é aconselhável não utilizá-lo. O experimentador iniciante pode — e talvez deva — saber o nome do medicamento usado na pesquisa, mas sugere-se que o próximo passo seja participar ignorando-o. Depois que o sujeito mostra-se capaz de identificar efeitos patogenésicos com segurança e desenvoltura, introduz-se o placebo no processo, aleatoriamente.

Destarte, a grande ilação que se extrai do método de investigação patogenésica é a obrigatoriedade de qualificar pessoas para a sua execução. Não parece absolutamente coerente? Aqui não se busca conhecimento de dados objetivos, concretos e mensuráveis. São informações subjetivas, cuja percepção depende de destreza pessoal.

Assim, a principal diferença na pesquisa patogenésica é o investimento imprescindível na formação do sujeito e da equipe. Leva-se um tempo em ensaios e experimentos descartáveis, a fim de construir um colaborador confiável e fértil. Samuel Hahnemann coordenou a elaboração de patogenesias inigualáveis até hoje, trabalhando segundo este critério: formou um pequeno conjunto de auxiliares e, com pequenas variações individuais ao longo do tempo, edificou a base experimental extremamente sólida da ciência homeopática. Por se tratar de uma produção grupal, não se deve conferir grande valor ao conhecimento do experimentador isoladamente, com raríssimas exceções. Assim, a norma recomenda que se somem as observações de diferentes sujeitos para compor o quadro de efeitos patogenésicos. Em função disso, este autor considera incoerente a proposta e a utilização do termo autopatogenesia.

A realização de patogenesias tem alguns pontos que merecem detalhamento ou ênfase:

1. O primeiro estágio de treinamento do experimentador é a auto-observação. Pelo tempo mínimo de um mês, ele deve anotar seus próprios sintomas — locais, gerais e mentais — duas a três vezes ao dia. De preferência, estabelecer uma rotina para essa atividade. Mas, exercitar também o registro imediato de algumas reações ou percepções, como ensaio daquilo que deverá ocorrer durante o processo experimental, quando é recomendável proceder a anotação tão logo se detecte a manifestação dos eventuais dados. *...muitos sintomas [efeitos] deixam de ser anotados porque parecem tão triviais ou tão raros, que parecem estar acima da razão e, no entanto, são de máximo valor* (OLDS, 2001, p. 90) [observação deste autor].
2. O segundo estágio de treinamento determina que o experimentador seja submetido a testes, antes de divulgar o material obtido através dele. Propõem-se a seguinte ordem de etapas: a) o experimentador sabe o nome da substância que é utilizada na pesquisa; b) sabe que tem medicamento, mas desconhece qual; c) não sabe se ingeriu remédio ou placebo. Convém que cada ciclo seja bem amadurecido antes de seguir adiante. Regra geral, quando o sujeito

tem segurança no relato do efeito patogénico — diferenciando-o de suas próprias elaborações — denota que se encontra apto a desempenhar a função.

3. Nem tudo que o experimentador manifesta se deve ao medicamento ingerido. A vida da pessoa não para, portanto, ela continua reagindo diante de tudo aquilo que a afeta. Se as reações forem semelhantes às suas habituais, com variações discretas — para mais ou para menos — elas podem fazer parte das oscilações que toda criatura vivencia. É bom recordar que qualquer pessoa faz deduções e tem sensações novas frequentemente, o que representa um indício de vitalidade. Não se deve entulhar a patogenesia com tais dados. O verdadeiro efeito patogénico é claro, sutil, fugaz e inconfundível. Do contrário, as experimentações tendem a se constituir num conjunto de dados tão grande que se torna impossível detectar o que seja peculiar e, portanto, inviabilizando o uso daquela substância na clínica.
4. Não há possibilidade da patogenesia provocar qualquer dano ou reação adversa patente, afora os efeitos sutis e transitórios, desde que a dose seja pequena, ou diluída o bastante, em se tratando de substância tóxica. O aparecimento de alterações estáveis ou doenças mais graves e importantes sugerem que o experimentador estava em fase silenciosa e prestes a exteriorizar a respectiva patologia (VIEIRA, 1989). Portanto, o medicamento investigado não tem nada a ver com a concretização do processo — em latência até o experimento — ou, no máximo, corresponde à gota d'água que precipita a sua manifestação, a qual provavelmente ocorreria sob diferentes estímulos.
5. A publicação da pesquisa costuma enfatizar mais o método do que a formação do experimentador e dever-se-ia realçar a última, sem desprezar o primeiro. A investigação homeopática é deveras imprevisível. O mesmo experimentador, ingerindo determinada substância, em épocas diferentes, pode suscitar dados distintos ou apresentar alterações idiossincrásicas relevantes num momento e nada no outro. *...a maioria dos sintomas [efeitos] mais característicos aparecem muito frequentemente de uma forma totalmente isolada...* (JAHR, 1987, p. 160) [observação deste autor]. Todavia, existe um fator de embasamento científico desse tipo de investigação: os dados obtidos com diferentes sujeitos, em lugares distintos, épocas diversas, sem a mínima noção do trabalho uns dos outros, produz efeitos complementares. A coletânea final demonstra um conjunto de dados que se integram numa unidade conceitual, com inter-relações surpreendentes e fascinantes. Eis a patogenesia!
6. Convém reformular a exigência de se fazer patogenesia somente com pessoas sadias (VIEIRA, 1996). Há talvez dois critérios mais importantes que devem ser priorizados:

- a. Observação de si mesmo — pela sutileza das alterações, é necessário perceber pequenas mudanças e sensações fugazes em si próprio. O indivíduo disperso, muito voltado para fora de si ou com carga excessiva de trabalho ou atividades, levará mais tempo em treinamento até cooperar com eficiência. Portanto, é indispensável motivação para participar.
 - b. Estabilidade — é imprescindível que o experimentador atravesse um longo período estável em relação à sua doença, bem como uma fase de vida tranquila para evitar fatores intervenientes que possam desencadear sintomas, os quais simularão efeitos da substância utilizada, conforme se analisa em detalhes no capítulo *A Terapêutica*, item *Efeito Curativo*. Pessoas em situação estressante, a exemplo de conflito familiar intenso ou separação conjugal, dificuldade financeira ou acutização de patologia crônica devem ser excluídos temporariamente.
7. Deve-se desestimular a ingestão de doses repetidas do medicamento. Hahnemann (*apud* DUDGEON, 2002, p. 25) orienta que convém

...ministrar apenas uma única dose forte a um indivíduo saudável que seja o sujeito da experimentação, sendo melhor que o façamos na forma de solução. Se desejarmos determinar os sintomas [efeitos] remanescentes que não tenham sido revelados na primeira tentativa, poderemos administrar a uma outra pessoa, ou ao mesmo indivíduo, mas neste último caso somente após um intervalo de vários dias, quando a ação da primeira dose houver se esgotado completamente, uma porção semelhante ou até mesmo mais forte da mesma substância... [observação deste autor].

Cabe ressaltar que por mais forte, Hahnemann se referia ao aumento do teor químico, diminuindo conseqüentemente a diluição.

8. Os efeitos mais peculiares costumam surgir depois de poucas horas até um máximo de 4-5 dias de ingerir a dose única, talvez com pico no segundo dia. Pinto (2008, p. 26) ao analisar a patogênese de *Brosimum gaudichaudii* relata que *as potências medicamentosas provocaram maior número de sintomas [efeitos] nos dias iniciais do experimento [observação deste autor]. A repetição das doses talvez promova apenas a intensificação de efeitos comuns e de pouco valor idiossincrásico, pois correspondem à “doença” daquela substância. Reduzir a pesquisa a uma só tomada é um modo simples e prático de purificar os dados.* Grande vantagem, pois o índice de dados idiossincrásicos deve aumentar significativamente, proporcionando uma matéria médica enxuta, isenta de dados secundários e que pouco contribuem para a sua caracterização. A União Americana dos Experimentadores (2001, p. 35) alertou, há mais de um século, que grande quantidade de efeitos pode não ser vantagem:

Já há no momento uma queixa generalizada de que temos sintomas [efeitos] demais de um número excessivo de remédios, sem que saibamos quais são seus característicos. No meio de nossa abundância, algo está faltando [observação deste autor].

Todavia, caso se obtenha poucos dados com a dose única, nova experimentação deve ser realizada, de preferência, com outro grupo de sujeitos. Mantido o mesmo grupo, convém se dar um intervalo de tempo, a fim de aumentar a chance de surgirem efeitos peculiares.

9. O efeito singular manifesta-se, frequentemente, apenas uma vez, entretanto, com tamanho fulgor que chama a atenção por si só. Além do mais, outros sinais análogos ou correlacionados, juntamente com as alterações comuns e repetitivas, dão sustentação e modalidade àquele raro, estranho e peculiar.
10. A evidência científica da patogenesia repousa, antes de tudo, na conciliação dos efeitos obtidos. A congruência ou dialética dos dados oriundos de experimentadores distintos e incomunicáveis ratifica o potencial do método. *...não existe, e nem poderá existir, uma outra segurança que não seja aquela resultante da comparação atenta de todos os sintomas [efeitos] (JAHR, 1987, p. 159) [observação deste autor].* A validação ocorre por ocasião da eficácia terapêutica. Saliente-se que Hahnemann não condicionou a divulgação de suas patogenesias à respectiva confirmação clínica. Se o método experimental é seguido com as ressalvas aqui apontadas, o material obtido — depois de revisado e estudado na sua feição de matéria médica — pode ser difundido junto à classe profissional sem receios nem escrúpulos.
11. É rara a obtenção de um quadro extenso de efeitos por meio de um único experimentador. Portanto, convém ter cautela ante o conceito que o remédio provoca obrigatoriamente sinais desde que se intensifique a dose de modo progressivo, pois o que pode ocorrer é a intoxicação ou “doença” da substância, ou seja, aqueles dados comuns e repetitivos, de valor secundário para o uso homeopático. Enfim, trata-se de um trabalho que deve ser executado em grupo, de modo a se alcançar o enriquecimento e consolidação das informações colhidas.
12. As evidências sugerem que a experimentação de determinada substância NÃO promove um só e único quadro de efeitos em todos os participantes. Tal conceito só se aplica ao conjunto de alterações que formam a intoxicação ou “doença” da mesma. A realização de patogenesias representa um trabalho árduo e, simultaneamente, requer acurada sensibilidade, já que visa desvelar o conjunto de sinais que compõem a substância no seu todo, incluindo suas peculiaridades. *Ser um observador perspicaz e ao mesmo tempo um*

cuidadoso e fiel registrador de sintomas [efeitos] é uma condição 'sine qua non' para um experimento ideal (OLDS, 2001, p. 89) [observação deste autor].

13. Deve-se evitar mudança de hábitos por parte do experimentador, pois isso corresponde à introdução de outra variável, a qual poderia desencadear o aparecimento de sintomas (idem). Aqui caberá discernir se a novidade parte do sujeito ou de circunstâncias que lhe são impostas. No primeiro caso, pode ser um efeito decorrente da patogenesia e cessará em breve tempo. Do contrário, se a mudança advém de fatos alheios ao sujeito e que perturba muito a sua rotina, deve-se considerar a possibilidade de suspensão transitória. O indivíduo que se mostra um bom espectador de si mesmo e tem um estilo de vida compatível com a leveza e o recolhimento da operação pode se tornar um excelente colaborador, em pouco tempo de treinamento.
14. Caso ocorra algum fato novo e importante na vida do sujeito, o mesmo deve ser excluído imediatamente da pesquisa, porque suas reações podem simular efeitos patogénicos. É preferível perder alguns dados autênticos, desde que haja o risco de anexar outros falsos à matéria médica daquela substância. Vale ter em mente que uma vez inserido um falso efeito, será muito difícil retirá-lo da literatura. Ele tende a se tornar um componente *parasita* (ELIZALDE, 2004, p. 132) e induzirá muitos homeopatas a uma prescrição infundada. Assim, há que se discordar da opinião de Hering (*apud* DUDGEON, 2002, p. 42) que prefere incluir os dados, mesmo sob suspeita.
15. Todos os hábitos alimentares e de atividade devem ser mantidos durante o período experimental. Qualquer alteração brusca poderia interferir, ocasionando o aparecimento de sintomas, os quais seriam erroneamente registrados como efeitos.
16. A proposta de que cada provador trabalhe na clínica, preferencialmente, com os efeitos que ele próprio suscitou durante a investigação traduz uma visão reducionista. Em geral, só se alcança uma compreensão ampla da patogenesia quando se reúnem dados provindos de vários experimentadores e, se possível, radicados em lugares e/ou épocas distintas. Desse modo, é preferível que o grupo faça poucas patogenesias e publique-as a fim de que se generalize a utilização terapêutica junto aos demais do que realizar centenas de experimentações, voltadas somente para os seus próprios integrantes, desatentos para com o objetivo de divulgar o texto das matérias médicas obtidas.
17. A redação do dado patogénico deve ser clara e sucinta. Isso pode ser desdobrado em dois aspectos:
 1. Prescinda, portanto, de informação acerca do estado prévio do sujeito, pois se pressupõe que o relato corresponde a uma

sensação e/ou percepção inédita, decorrente unicamente da experimentação. Observe-se que a informação sublinhada nos efeitos abaixo é dispensável:

Exemplo (a) — *Valeriana officinalis*: *Luzes diante dos olhos, no escuro; o quarto escuro e fechado parecia-lhe cheio de luz crepuscular, tanto que ele imaginou distinguir os objetos no mesmo; isso foi acompanhado por uma sensação como se as coisas estivessem perto dele, mesmo quando não olhando para elas; ao olhar, ele percebeu que as coisas realmente estavam lá...* (ALLEN, 2009). A citação acima só constitui um efeito de valor homeopático porque se trata de uma sensação “como se” (impressão falsa), em que se confirma no segmento da observação do experimentador. Caso ele percebesse, logo em seguida, que os objetos estavam realmente mais perto, não haveria porque citar o dado.

Exemplo (b) — *Tarentula hispanica*: *Tédio, irritabilidade, torna-se facilmente raivoso, contrariamente ao seu hábito e disposição* (idem).

2. Requer cuidado quanto ao aspecto que se modifica por influência da substância experimentada. Exemplo: *o que antes lhe parecia genial e brilhante, aparenta agora não ter brilho, ser indigno e superficial* (HAHNEMANN, 2009). Note-se que aquilo que antes se afigurava *genial e brilhante* poderia ser substituído por: profundo e maravilhoso, ou inteligente e motivador, ou fascinante e consistente etc. O que mais interessa no efeito e que se pode tomar, com segurança, é a parte final: *as coisas se tornaram sem brilho, indignas e superficiais*. Entretanto, a psicodinâmica de *China officinalis*, em seu polo oposto, demonstra que a sensação de que as coisas eram brilhantes e geniais não é de todo inútil. O efeito: *ele faz muitos planos e pensa sobre a realização deles* dá suporte à valorização do informe, pois a pessoa que faz muitos planos admite que as coisas sejam interessantes o suficiente para elaborar projetos, conferindo unidade ao quadro patogenésico (MELO, 2007, p. 9).
18. A redação também deve ser enxuta. As patogenesias contemporâneas, não raro, pecam pela prolixidade. Descreve-se um efeito numa sequência linear de atitudes e circunstâncias que dificultam a extração do conteúdo. Expõe-se um emaranhado de sensações e fatos, acrescentando-se a interpretação do experimentador ao texto e, assim, corre-se o risco de imiscuir a impressão do sujeito e não o dado puro. O volume e variedade de informações transformam o estudo da matéria médica num imenso desafio, às vezes inglório, pois não permite a dedução dos seus principais temas. Novamente, recorre-se à União Americana de Experimentadores (2001, p. 29): *Mas nem todas as linhas de um diário de experimentação*

devem ser transpostas para nossa matéria médica. É por meio da comparação com outras experimentações da mesma droga que cada um dos sintomas [efeitos] pode ser avaliado e julgado [observação deste autor].

GUAJACUM OFFICINALE – PATOGENESIA

O trabalho abaixo descreve os resultados encontrados na realização de uma pesquisa patogênica com *Guajacum officinale* e foi decorrente de uma parceria entre o autor e o IMH — Instituto Mineiro de Homeopatia — cujo grupo docente já realizava patogenesias continuamente havia alguns anos. Considerou-se, pois, desnecessário o período de auto-observação, sendo que essa investigação foi inserida na sequência das experimentações conduzidas pelo Instituto.

Além disso, dispensou-se a função de diretor de prova, em função da maturidade dos colaboradores e o autor se incluiu entre os provadores. Ao mesmo tempo, aproveitou-se para investigar possíveis efeitos patogênicos com medicamento tradicional, produzido pela agitação do frasco contra uma superfície dura — chamada de sucussão — comparando com aqueles desencadeados pelo remédio SEM a **dinamização** (vide **Glossário**).

Tal objetivo surgiu após um estudo sobre Física — relatado adiante no capítulo *O Medicamento Homeopático* — explorando principalmente os conceitos de energia e difusão, quando se propôs a retirada da sucussão no processo de manipulação do remédio, substituindo-a por um período de repouso de dez minutos a cada diluição, denominando-o de *medicamento browniano*.

O protocolo desta pesquisa ficou resumido ao seguinte:

- a) Foi utilizada uma única substância em duas diferentes preparações, durante dois meses sucessivos, ambas diluídas na trigésima centesimal.
- b) A tradicional foi produzida pelo Dr. Antonio Carlos Gonçalves da Cruz, membro do grupo experimental, e a *browniano* pela farmacêutica Iracema de Castro Engler.
- c) O experimentador recebe dois frascos e escolhe qual ordem deseja seguir, mas não sabe se está ingerindo o sucussionado ou o *browniano*.
- d) O experimentador ingere um glóbulo em jejum. Caso a dose acima não suscite efeitos ou eles só aconteçam nos dois primeiros dias após a ingestão, o experimentador repete um glóbulo no oitavo dia.
- e) No primeiro dia do segundo mês, repete-se o item anterior em

relação ao outro frasco.

- f) Coube à farmacêutica a escolha do remédio, bem como manutenção do sigilo. Não houve comentário entre os participantes durante toda a realização da pesquisa.
- g) Completado o período de ingestão e observação, o grupo de experientadores se reuniu, discutiu e entregou a relação dos efeitos experimentados.

Resultados

Os dados estão dispostos no **Quadro 1**, de forma que se percebe uma relação de semelhança ou oposição entre a primeira e a segunda coluna, respectivamente B 10 CH 30 e CH 30. Além disso, “B 10 CH 30” significa: *Browniano* 10 minutos de repouso a cada diluição até a trigésima centesimal, ao passo que CH 30 é a preparação tradicional hahnemaniana até a trigésima centesimal.

Quadro 1 - Patogenesia de *Guajacum officinale* B 10 CH 30 e CH 30.

B 10 CH 30	CH 30
<p>Pedi desculpas à esposa pelo mau humor. Com muito amor e uma grande paz. Disposição protetora para cuidar dos filhos.</p> <p>Sonhei que eu era jovem, solteira e encontrava um rapaz em uma festa, e tínhamos a sensação de amor à primeira vista.</p> <p>Sonhei com uma turma de garotos numa casa enorme. Eles brigavam por problemas de namoro. Como eu era uma das mais velhas e não brigava, fiquei sendo a queridinha do moço mais bonito e maduro da turma. A menina, dona da casa, resolveu cavar o chão de um cômodo e encontramos grandes pedras de gelo que começaram a derreter. Então, todos saem para uma excursão de ônibus, mas eu não cheguei a tempo.</p>	<p>Pessoas, com as quais já tive contendas, me pediram auxílio. Não hesitei em dar, com muita tranquilidade.</p> <p>Sonho: visita à residência de um casal e seus 3 filhos, com os quais eu morei, há 27 anos. Os filhos estavam crescidos. Eu estava com minha família atual. Eles estavam morando no Brasil, numa casa alugada nas montanhas.</p>
<p>Sonho com mulher bonita, no volante do carro, inclinada sobre a janela. Seu cabelo estava ondulado, maquiada, como que produzida para uma festa.</p>	
<p>Senti desaparecer nitidamente o bem estar.</p>	
<p>Sonho cheio de constrangimento, pedindo alguém para pegar uma calcinha para mim, pois estava sem nenhuma.</p>	<p>Sonhei que uma amiga comprou uma roupa nova reluzente, verde limão com amarelo ouro.</p>
<p>Sonhei que um amigo me instigava a roubar um banco, dizendo que seria fácil.</p>	

B 10 CH 30	CH 30
<p>Sonhei que me via numa filmagem. Meus dentes estavam tortos, inclinados, de tamanhos diferentes e faltavam alguns.</p> <p>Sonhei que estava deitada de costas, nua, e uma enfermeira me injetava algo nas costas, nádegas, coxas e pernas. Incomodava-me ela observar meu corpo. Acompanhando seu olhar, eu percebia varizes nas minhas pernas. Não sentia dor, e não entendia aquele ritual.</p> <p>Sonhei que simulava tocar piano; a música saía de dentro como se um gravador colocado ali.</p>	<p>Sonho: uma conhecida morrerá com hanseníase. Sua irmã, uma velhinha chorosa, com pele toda enrugada, nos atendeu. A imagem da falecida era nítida e sua pele descamava.</p> <p>Sonhei com mãos faltando vários dedos como se tivessem sido amputados, intercalando com dedos normais.</p> <p>Sonho: que enchia, com ajuda de alguém, o pneu de uma bicicleta, mas ele ficava com regiões muito cheias e outras vazias.</p> <p>Sonhei que o meu pênis estava comprido e delgado.</p> <p>Pontos pretos e brilhantes no centro do campo visual. Não via o rosto da pessoa, somente seus cabelos.</p>
<p>Irritabilidade por contradição e repetição de ordens, com vontade de bater e respiração ofegante. Intolerante com os pequenos erros, mas compreensivo com os importantes.</p>	<p>Sensível e refratário a obedecer a ordens.</p>
<p>Organizando-me melhor em relação a horário de trabalho e compromissos — tranquila, como se tudo estivesse equilibrado, a pressa cessou.</p> <p>Sereno no trânsito, tentando manter o limite de velocidade. Ao ser cortada por um carro, pela direita, desejei que o motorista fosse mais prudente e prezasse a sua família. Percebendo-me tolerante; conversando e explicando pausadamente.</p> <p>Calma, nada me aborrece, principalmente as coisas do dia a dia. Muita paciência com as pessoas, apesar de estar dormindo pouco.</p>	<p>Tranquilidade para resolver vários problemas ao mesmo tempo. As coisas devem ser resolvidas a seu tempo, com sabedoria, não adianta desesperar.</p> <p>Sensação de paz interior. Sentindo o trânsito fluir bem, dirigindo com desembaraço, enquanto muitos carros estavam parados. Decidindo com agilidade. Chorei, com profunda gratidão a Deus, por ver a minha vida sair da estagnação.</p> <p>Uma necessidade de estabilizar minha vida, exemplo: procedimentos, atitudes, alimentações irregulares, maus hábitos etc., o que consegui ao final da experimentação.</p> <p>Pela manhã, ao arrumar a cama, achei-a ordenada.</p>
<p>Penso no dízimo que separaria para Deus ou para boas obras, se seguisse o Antigo Testamento.</p> <p>Necessidade de me sentar num canto isolado, fechar os olhos e orar.</p> <p>Sonhei que alguém ria de maneira estranha, parecendo possuído pelo demônio. Eu rezava com grande esforço mental e ele repetia as palavras em voz alta, pela força do meu pensamento, mas o tom de sua voz era realmente diabólico.</p>	<p>Ao ler trabalho de uma aluna julguei-o excelente e emocionante, fruto de elaboração verdadeira, reflexivo. Desejei premiar esse trabalho de alguma maneira, então, sugeri que ele fosse apresentado aos demais alunos e publicado.</p> <p>Sonho: que pertencia à religião “holista” — era só a minha e outra família ali no clube que a seguíamos, então nós nos aproximamos por causa disto.</p> <p>Sonho vívido: fui a uma capela, no pico de uma montanha. Já tinha vindo aqui várias vezes, desde a infância. Era o lugar o mais bonito que existia. Lá de cima, via-se uma rua larga com palmeiras e no fim dela uma Igreja. As casas da região eram muito pobres. Eu disse: “veja a imagem de Virgem Maria”, e chorava, com alegria interior e muita paz.</p> <p>Engasguei ao falar, falhando a voz. Como se tivesse areia nas cordas vocais.</p>

B 10 CH 30	CH 30
<p>Sonhei que fugia de pivetes que assaltavam os carros, num lugar íngreme, com ruas cheias de buracos, entulhos. Depois tentava ultrapassar uma cerca alta, telada, e quando estava alcançando o topo, uns policiais abriram o portão, pelo qual eu e as crianças que estavam comigo passamos.</p>	<p>Sonhei que tentava subir uma montanha com alguns amigos. No topo, vi que dois já haviam conseguido chegar.</p>
<p>Sonhei que estava tomando banho quando me dei conta dos assaltantes. Tinha que fugir, mas minha roupa estava do lado de fora do banheiro... Depois fugi de carro...</p> <p>Sonhei que estava embarcando algumas bolsas de viagem do namorado. Deixei-as em um lugar que parecia seguro e comecei a andar no local para ver algumas coisas que eram vendidas por camelôs. Quando eu voltei, as bolsas tinham desaparecido e ao dar queixa à polícia, eles alegaram que eu queria ser roubada. Tive que concordar que ele tinha razão.</p>	<p>Meus dois sobrinhos pequenos viajaram sozinhos de ônibus para uma cidade distante. A mãe deles não via perigo porque alguém os esperaria no ponto de chegada. Refleti que eles corriam riscos.</p>
<p>Mais sensível a ruídos. Ouço telefones à distância, nos vizinhos.</p> <p>Sensibilidade nervosa nas unhas, levando-me a esfregá-las, abrindo e fechando os dedos; nos dentes, apertando-os; nos lábios, mordendo-os.</p>	<p>Parei de morder as unhas.</p>
<p>Ansiedade insuportável, aliviada por comer, acompanhada de dor precordial opressiva, depois irradiada à escápula esquerda, mais tarde ao braço esquerdo. A ansiedade desapareceu instantaneamente quando me lembrei de um sonho: meu marido queria transar com outras mulheres e continuar vivendo comigo. Se não tolerasse, seria a separação.</p>	<p>Prostrada, tinha que me deitar. Dor de garganta, mais à esquerda. Ao deglutir, mesmo saliva, sensação de corte na garganta. A dor se estendeu ao ouvido esquerdo, inclusive externamente. Impressão que o ouvido estava cheio de pus, prestes a escorrer. A dor latejante se estendia para o globo ocular e a têmpora esquerdos, fazendo-me pressioná-los. Muito calafrio. Um momento de sudorese, à noite, gemido e agitação, principalmente dos pés. Febre alta contínua.</p>

B 10 CH 30	CH 30
<p>Sensação que a vida é muito boa; vontade de suscitar a consciência disso nas pessoas.</p> <p>Desânimo da vida, sem desejo de sair de casa, vontade de ficar só, com autorreprovação.</p> <p>Desejo de brincar com minha filha, de desfrutar a sua infância. Desejo de aproveitar a vida intensamente.</p> <p>Sonho com grande bicho vermelho, de pe-lúcia, dependurado atrás da porta do quarto.</p> <p>Impressão que não existe ninguém insubstituível neste mundo. Imaginei que a boa moça, que tinha um filho, e a cujos serviços já me habituara, havia faltado em consequência de sua própria morte e lamentei que morresse tão nova assim.</p> <p>Durante caminhada, pensei que uma das pessoas tinha ficado para trás para se suicidar sem ninguém notar. Depois, vi uma grande pedra que me fez lembrar uma lápide.</p> <p>Muitas lembranças de corpos de pessoas mortas, principalmente mortes trágicas.</p> <p>Pensei que minha bolsa de trabalho era tão grande que parecia uma mala e que poderia carregar uma criança morta, sem que ninguém percebesse.</p> <p>Chorando por pouca coisa: ao cumprimentar uma amiga pelo seu aniversário, ao ouvir música de uma cantora ou lembrar-me do meu cachorro, ambos falecidos.</p> <p>Grande mal estar físico, com dores no corpo, fraqueza, por volta das 14 horas, pensei que era melhor morrer.</p> <p>Sonho: que minha mãe caiu numa piscina por duas vezes, mas foi retirada rapidamente.</p> <p>Sonhei que achei um carro usado para comprar, mas conservado e barato. Estava satisfeito porque gostava daquele carro.</p>	<p>Percebi que minha mente elaborava um conceito espontaneamente e em poucos segundos, entregando-me o resultado, sem minha participação pessoal: Deus deu a vida eterna à criatura sem lhe perguntar antes se ela queria ou não, porque lhe seria impossível opinar sem conhecer ou experimentar. Ou, como a criatura poderia escolher sem antes conhecer? Ou, como ela diria “não quero!”, sem antes experimentar?</p> <p>Sensação de vulnerabilidade às sugestões de satisfazer, por mim mesma, a necessidade de riqueza, de proteção etc., o que torna a vida hostil e árida. Então, agrada-me entregar-me aos braços de Deus, com confiança, garantindo a minha serenidade para continuar vivendo nesse mundo.</p> <p>Sonho: Eu me arrumava para a festa, que meus tios organizaram para comemorar o meu aniversário, mas tive que sair só de toalha.</p> <p>Cogitei que se ficasse doente e não pudesse mais trabalhar, teria que me aposentar, mesmo em idade tão nova. Pensei se seria possível receber a aposentadoria privada antes da idade marcada. Senão, a única alternativa seria meu marido me sustentar. Fato que me incomodaria profundamente, devido ele ter que batalhar por nós dois.</p> <p>Sensação estranha, com ansiedade e medo. Ouvi um barulho. Depois percebi um clarão num prédio, em frente ao posto de gasolina onde estava. Concluí que era um curto circuito, e haveria incêndio, com risco de um tremendo estouro.</p> <p>Sonhei que viajava numa estrada de terra, e encontrei várias pessoas sob uma grande árvore. De repente, ela fez um grande barulho e um galho caiu; as pessoas correram e imediatamente a árvore caiu. Sua enorme raiz se levantou do chão; ninguém se machucou.</p>
<p>Cefaleia bitemporal agudíssima, de lado a lado, transfixando, fugaz.</p>	
<p>Inquietude interna antes e durante dor ciática, dolente, impossibilitando ficar deitada ou parada, e dificultando adormecer. A dor desce internamente pela nádega até o tornozelo.</p>	<p>Dor no joelho direito, impossibilitando-me apoiar nele. Sentia, ao pisar, que os ossos se tocavam, gerando dor intolerável.</p> <p>Prostração ao meio-dia, braços pesados, pequenas articulações das mãos doloridas. Dificuldade para segurar objetos.</p>
<p>Aumento da libido.</p>	<p>Aumento da libido.</p>

B 10 CH 30	CH 30
<p>Lesão vermelha papulosa na região palmar direita, com sensação de corte.</p> <p>Pequenas manchas marrons como nevos recentes no dorso da mão direita.</p> <p>Lesão tipo urticária de moderada intensidade no pescoço e colo, pruriginosa.</p>	<p>Urticária leve na região do pescoço.</p>
<p>Nervosa porque não havia o que comer na cozinha. Segurei a cabeça com as mãos, desejando batê-la na parede e disse: “pelo amor de Deus, me dê um copo de veneno!” Descontrolada. Depois, o repórter da TV disse: “Em casa que não tem pão, todo mundo briga e ninguém tem razão”. Tive a sensação de que ele falava para mim.</p> <p>Sonhei que eu não podia passar pela rua devido a buracos, tipo esgotos. Então segui a pé e encontrei uma bandeja no chão com pães frescos. Depois, achei que eles poderiam conter veneno ou fazer parte de uma macumba. Comprei pães novos. Deixei os outros no portão. Veio um senhor dizendo que eles lhe pertenciam. Percebi que não continham nada daquilo que eu pensei.</p>	<p>Sonho: com uma ameixa seca gigantesca, do tamanho de uma melancia enorme.</p> <p> Ao fazer compras, escolhi e embalei determinadas mercadorias automaticamente, sem conservar a mais remota lembrança disso.</p> <p>Durante a micção, não senti o fluxo. Impressão que era um processo mecânico de esvaziamento.</p>

Discussão e conclusões

A relação de efeitos apresentada no **Quadro 1** mostra uma complementação mútua entre os dados, e a diferença entre o remédio tradicional e *browniano* praticamente desaparece quando se focaliza o conteúdo dos sinais, sugerindo que provêm de uma única fonte. Especialmente no subgrupo de traços peculiares, relacionados aos temas gratuidade e vida/morte, a similaridade entre os dados atinge sua culminância. Mas, novas investigações e distintos sujeitos são indispensáveis para a confirmação dos achados desta pesquisa.

Sem a pretensão de efetuar um estudo da matéria médica obtida nesta patogenesia, pode-se esboçar uma compreensão superficial dos efeitos descritos acima: sobressai-se a questão da graça/gratuito, e a própria vida eterna não custa nada. O pão que sustenta a vida é gracioso. A afeição também é gratuita, como simboliza o amor à primeira vista. Não há porque correr. O tempo e o sustento da vida estão assegurados. Na face oposta, a ausência do recurso é vivenciada com desespero e não existe perspectiva de aposentadoria. Assim, no polo positivo, dispõe-se — foi-lhe dado — todo o tempo do mundo, atua-se com bastante calma e chega-se ao ápice das coisas, sem correria ou precipitação. Tem-se muita vida pela frente ou já se usufruiu dela, então, o indivíduo revela maturidade, com a sensação de estar

adequado para a circunstância com a qual se defronta. No polo negativo, há uma perda progressiva deste tempo e, conseqüentemente, da vida, a exemplo da falta de alimentação e o respectivo desespero. As experiências findam antes do que se esperava. Assim, a morte é prematura, extinguindo a vida antes do tempo provável. Ou o indivíduo é atraído para situações nas quais não tem a devida idade, significando indiretamente que não está maduro o bastante para o desafio.

Acrescente-se que os dados obtidos guardam discreto parentesco com os já existentes na literatura (SAMUEL KEYNOTES, 2009) — que são escassos — e com aspectos idiossincrásicos ou biopatográficos de casos clínicos com boa resposta a *Guajacum officinale* (LINKS, 1999).

É forçoso assinalar, entanto, que a pesquisa foi conduzida sem o registro recomendável das características referentes a cada efeito e o respectivo experimentador. Desse modo, muitas análises e deduções ficam prejudicadas. Além disso, a ausência de um diretor de prova não se justifica, pois, o acompanhamento e supervisão do processo exigem um profissional qualificado, em quem os experimentadores devem confiar. Uma das principais funções do diretor é verificar se a redação do efeito corresponde à narrativa verbal do experimentador (VIEIRA, 1996).

Este autor fez, recentemente, a redação final dos elementos apresentados neste trabalho enxugando palavras e frases redundantes. Urge reaver o estilo sintético de redigir o dado experimental, outro legado formidável de Hahnemann - constante em toda a sua matéria médica - e que se perdeu na verborragia contemporânea.

Anote-se ainda que a pesquisa homeopática, via de regra, é acessível economicamente. Custa um pouco de tempo e um tanto de trabalho, mas, de acordo com *Guajacum officinale*, fomos graciosamente aquinhoados com a vida eterna.

FATOS E HIPÓTESES

Antes de iniciar o estudo da matéria médica, convém proceder a discussão de alguns conceitos que serão desdobrados nos capítulos finais desse livro. Determinadas hipóteses, especialmente algumas elaboradas por Samuel Hahnemann, não alcançaram a devida confirmação, e, embora refutadas por diversos discípulos desde a origem — com destaque para Dudgeon, Jahr e Hughes — prevalecem em larga escala. Dentre elas, avulta-se a suposição, herdada das observações atribuídas a Hipócrates, de que existiriam dois princípios terapêuticos, o dos contrários e o dos semelhantes, e que o medicamento homeopático cura por provocar uma doença artificial análoga, porém mais forte do que a natural, estimulando assim a reação do organismo.

As ideias hahnemanianas mantêm-se fortemente arraigadas na classe, desde que se introduziu a hipótese de que a “alopatia” atua segundo a lei dos contrários, cabendo ao remédio homeopático a lei dos semelhantes (1994, par. 56). Tal divisão baseou-se em fortes evidências da época, porém hoje é possível reformular essa teoria. Na verdade, ambas atuam produzindo efeitos terapêuticos, e a principal diferença entre eles parece repousar na quantidade e/ou qualidade dos dados que se conhece ou se valoriza. Neste ponto, a investigação no homem sadio proporciona um aporte de dados sutis e peculiares, de inestimável importância na configuração da totalidade característica da substância, os quais a farmacologia convencional ignora por completo devido à sua raridade e sutileza, pois se limita a trabalhar somente com os efeitos ostensivos e/ou repetitivos e, de preferência, locais.

Neste capítulo faz-se apenas um exame preliminar do tema, convidando o leitor a ponderar que, embora antigas, certas hipóteses foram geradas no calor da novidade, e os dois séculos transcorridos desde as primeiras observações nos autorizam a novas conclusões. A principal diferença metodológica deste texto em comparação com o enfoque hahnemaniano é centrar a análise, sempre que possível, no indivíduo: é ele quem identifica a substância — na experimentação ou na terapêutica —, bem como ele próprio adoece e se recompõe. Assim, importa considerar que no procedimento investigativo — com o produto químico ou diluído — emergem as seguintes alternativas:

1. É tóxico e provoca efeitos: há uma prevalência do agente externo;
2. Não é tóxico: sobressai a predisposição do indivíduo para manifestar as alterações;

3. Uma mescla das duas condições acima, sendo que o desaparecimento espontâneo de sintomas, já existentes no sujeito, pode acontecer em ambos os casos.

Quanto à diluição, constata-se que a mesma não é indispensável para se obter os efeitos homeopáticos, visto que experimentações com substâncias *in natura* (doses ponderais) também suscitaram sinais patogenésicos. Portanto, pode-se lograr a cura global do enfermo com medicamento pouco dinamizado — comumente em doses repetidas — desde que a prescrição tenha se baseado no conjunto de suas alterações singulares. Existe um ditado que diz aproximadamente o seguinte: quando o paciente é sensível ao remédio, ele o é em qualquer diluição do mesmo. No entanto, a dose única em dinamização alta proporciona algumas estupendas vantagens, destacando-se a segurança quanto à ingestão e a enorme redução do custo. Alguns autores, a exemplo de Elizalde (2004, p. 127), propõem que a dinamização deva ser igualmente ajustada a cada caso, porém, tal especulação carece de evidências e estudos.

Desse modo, o grande diferencial da homeopatia não é a diluição e muito menos a suposta lei dos semelhantes, e sim a escolha de se trabalhar com os efeitos peculiares da substância, optando pela seleção qualitativa de apenas uma para cada paciente, desde que indicada pelo quadro de suas alterações singulares. Note-se que se prioriza a peculiaridade, seja nos efeitos do medicamento, seja nos sintomas do enfermo. Portanto, a prescrição homeopática só é coerente, do ponto de vista metodológico, quando se restringe a um único remédio para o caso. Por outro lado, o método cartesiano lida, de preferência, com os efeitos patentes da substância e com a alteração clínica mais intensa e/ou repetitiva do doente.

Além disso, o fato de muitos experimentadores sadios apresentarem poucos efeitos e, mais curioso ainda, relatarem a extinção de alterações já existentes — arrolados na literatura como “sintomas curativos” — denuncia que não há desencadeamento obrigatório de efeitos, muito menos de doença artificial. Logo, a saúde parece sobrevir à revelia de qualquer similitude, embora muita gente acredite que determinado sintoma foi erradicado do experimentador porque aquela substância teria o dom de provocá-lo.

Tais observações sugerem que o processo terapêutico seja um só, independente de semelhantes e contrários — o que será exaustivamente investigado no capítulo *A Terapêutica* — e que o regresso à normalidade aconteça de forma direta, sem causar nenhuma moléstia artificial mais forte (HAHNEMANN, 1994, par. 29).

Pode-se, então, efetuar uma nova leitura do mesmo fenômeno, porém de ângulo diverso daquele empregado pelo insigne descobridor da homeopatia, centrado no fator externo, quando afirmou que determinada substância provoca no homem sadio um conjunto de alterações que ela cura no enfermo, elevando tal possibilidade à condição de única lei terapêutica da natureza (1994, Introdução). O que se pode dizer, de forma redundante, é que os efeitos de uma substância tendem a se reproduzir em qualquer pessoa,

independente de sua higidez, seja branco ou negro, rico ou pobre, criança ou idoso, homem ou mulher (exceto na esfera genital). A única diferença é que um efeito se impõe ao organismo pela força ou frequência, ao passo que o outro é raro e sutil. No entanto, ambos se somam e formam o perfil da substância, como se verá no estudo de matéria médica, adiante.

Ajustando o foco no fator humano em relação a esse aspecto — e não mais na substância — permite-se afirmar que o indivíduo sadio registra a passagem de uma substância em sua intimidade através de alguns efeitos físicos e psicológicos. Portanto, do mesma maneira que não existe sintoma sem a participação do organismo, como se viu anteriormente, não é possível a ocorrência de qualquer efeito que não seja através de funções e/ou perturbações funcionais, sensoriais e psíquicas.

Finalmente, pode-se postular que os efeitos mostrados durante o contato com a substância convertem-se em indicadores terapêuticos. Eles apontam que tipo de alterações a pessoa carente daquela virtude medicinal pode manifestar. Assim, não há ação pelos semelhantes nem contrários, mas um conjunto de sinais captados por pessoas sadias que permite a identificação de qual substância deve ser utilizada por um doente, facilitando-lhe o retorno à saúde.

A variação de efeitos revelados por diferentes experimentadores diante da mesma substância sugere que a relação entre o sujeito e a virtude terapêutica possui aspectos individuais e singulares, os quais precisam se somar uns aos outros, na grande maioria das vezes, para conformar sua matéria médica. Portanto, os dados provenientes dos experimentadores sadios devem ser vistos, antes de tudo, como sinais ou indicadores da substância. Por exemplo: *ele imagina que encolheu*, dado descrito em experimento de poucas substâncias, dentre elas, *Sabadilla*. Nem todos os experimentadores sadios detectaram esse sinal após a ingestão dessa substância, o que nos induz a considerar que ele também não ocorre sistematicamente na clínica. Existe uma virtude terapêutica nessa substância, e um dos meios para se reconhecer **quem** necessita dela são os sinais captados pelos sadios, destacando-se essa alteração rara, estranha e peculiar de se sentir encolhido.

Desse modo, excetuando os dados toxicológicos, não é a substância que provoca os efeitos em pessoas sadias e os cura em enfermos, e sim que indivíduos hígidos captam os efeitos, permitindo o mapeamento desses sinais, que se convertem em indicadores terapêuticos.

No segundo momento, quando utilizada com fins terapêuticos no paciente, baseado no conjunto de dados que formaram sua respectiva matéria médica, pode-se conjecturar que o organismo aproveita os efeitos latentes da substância e realiza o trabalho curativo, de acordo com suas necessidades e potencial. Assim, na maioria das vezes, ao invés de permanecer passivo, ele a absorve e vale-se de sua **virtude medicinal** para promover as alterações de que carece.

Portanto, a divisão da terapêutica em dois princípios — pelos semelhantes e contrários — não se sustenta. O mais lógico é que seja um só, e

que a diferença se resume na escolha do tipo de efeito da substância em que se baseia: comum e repetitivo (toxicológico) ou raro e sutil (patogenésico). Contudo, uma vez ingerida, o organismo a utiliza de acordo com a amplitude e profundidade que lhe é possível.

Todos os resultados decorrem da interação entre o organismo e a substância. Afirmar que um método de prescrição é bom e o outro nocivo indica postura preconceituosa. Na verdade, sabe-se hoje que a **supressão** (vide **Glossário**) de um sintoma isolado — ou grupo de sintomas — contém risco de deslocar a alteração para outro setor mais grave, mas tanto faz se o medicamento foi escolhido por um processo abrangente ou restritivo, embora se acredite que a primeira opção diminua as chances de desencadear tal fenômeno.

A grande distinção, na atualidade, é se a abordagem contempla maior número de dados peculiares, na substância e no doente, num enfoque qualitativo de totalidade, ou se faz um recorte e trabalha com ambos segundo o método reducionista. É muito interessante que o descobridor da homeopatia tenha tangenciado essa questão, no parágrafo 58 do *Organon*, todavia não lhe outorgou a devida prioridade: *...é um tratamento sintomático extremamente defeituoso [...] em que o profissional dedica sua atenção de uma maneira unilateral a um só sintoma, por conseguinte a uma pequena parte do todo, pelo qual não pode evidentemente esperar o alívio de toda a enfermidade...*

Hoje, pode-se igualmente afirmar que as experimentações demonstram que o efeito primário e secundário — classificação muito valorizada por Hahnemann — somam-se e estabelecem o perfil de cada matéria médica, permitindo o seu emprego terapêutico em relação aos dois lados da moeda, vistos como polos opostos e complementares de uma mesma substância. Essa visão global possibilita outro patamar de tratamento quando se baseia em seus efeitos peculiares, ajustando-a rigorosamente à pessoa. Neste caso, o objetivo da ação curativa passa a ser **quem** e não mais **para que**. Ocorre, portanto, um salto qualitativo imenso; o paciente pode perguntar ao profissional uma questão inimaginável em outras práticas: *Existe remédio para a minha pessoa?*

A **agravação** (vide **Glossário**) que sucede ocasionalmente a ingestão do medicamento tornou-se um importante viés, influenciando Samuel Hahnemann de forma acentuada, e levou-o a julgar que tal fato se devia ao remédio adequado, porém em dose excessiva. Essa conclusão precipitou-o a buscar de forma incansável por diluições extremas, mas debalde, pois as agravações persistiram. Há que se reconhecer a lógica do raciocínio hahnemaniano ante aquilo que considerou como evidências: a substância provoca efeitos; detectado um quadro clínico com tais características, o remédio semelhante é escolhido; o paciente agrava esse conjunto de sintomas e depois melhora.

Entretanto, mesmo recorrendo a doses infinitesimais na tentativa de abolir a agravação, o eminente pesquisador não teve êxito. Tal fracasso não o fez rever sua teoria, nem cogitou que a piora sobreviesse em função de outro fator que não a quantidade de remédio.

Posteriormente, novas hipóteses foram elaboradas visando compreender esse fato icitante, em particular por James Tyler Kent. Houve uma mudança de ângulo, e suspeitou-se de que a agravação se devia, antes de tudo, à própria enfermidade e não ao remédio. Apesar do notável progresso no tocante à perspectiva, a teoria mais difundida ultimamente — que correlaciona a intensidade da agravação à gravidade da patologia — também parece não explicar satisfatoriamente todas as possibilidades, destacando-se a sua ocorrência no tratamento de casos funcionais (alterações fisiológicas) e incuráveis, considerados livres desse evento.

Assim, no capítulo *Agravação Terapêutica* faz-se um levantamento desse fenômeno, então denominado *reação paradoxal*, em pacientes sob tratamento químico de hanseníase, tuberculose e, principalmente sífilis, entre outras. Ao se comparar com a evolução dos casos sob medicação homeopática — e que também apresentam acentuação transitória do quadro clínico em seguida ao remédio — propõe-se uma hipótese inédita, a qual leva em conta não a intensidade da doença, mas a deterioração progressiva do sujeito.

Por último, cabe ainda citar que no tocante à evolução do caso clínico, a literatura valoriza determinadas características do processo realizado por alguns pacientes que transitam rumo à sanidade, conferindo-lhes o honroso título de *Leis de Cura* ou *Leis de Hering*. Apesar da enorme valia desses princípios, que permitem definir com segurança se o enfermo faz um percurso reconstrutivo ou não, o conhecimento estava limitado ao orgânico, deixando a parte psicológica nublada e restrita a apenas aos critérios: sensação subjetiva de bem-estar e desaparecimento de sintomas ou idiossincrasias mentais ostensivas.

Não obstante a utilização desse conhecimento tradicional, certas atitudes e mudanças do paciente não adquiriam significado e, além disso, os parâmetros mentais encontravam-se confusos, já que não se sabia onde e quando esperar pelo seu aparecimento. Este livro também oferece uma contribuição nesse sentido, através do capítulo *As Leis de Cura*, fazendo uma derivação das Leis de Hering para o aspecto psicológico e criando um novo instrumento de aferição dos processos emocionais. Ao mesmo tempo, propõe a existência do fenômeno *externação*, oposto à supressão, quando o processo patológico apenas se desloca da mente para o físico, sem qualquer sinal de resolução na consciência, e o indivíduo sente-se pior do que antes.

* * *

Se, por um lado, a análise aqui executada refuta algumas teses hahnemianas, acredita-se que, pelo outro, ela concorra para fomentar o debate do tema e, no fundo, não deixa de ser o resgate de alguns tópicos aos quais Hahnemann não atribuiu o relevo necessário. Entretanto, o método de produção do conhecimento acerca das substâncias, viabilizando o seu emprego terapêutico de forma ampliada, graças à experimentação patogenésica — base da ciência homeopática — mantém-se incólume. Respalda tal afirmativa,

o fato inegável da ocorrência de enorme quantidade de curas, em todos os quadrantes, ao se empregar as substâncias de acordo com os dados obtidos nas experimentações.

O entendimento que emana das hipóteses alinhavadas nesta obra livra a especialidade da postura divergente de qualificar como bom o tratamento com medicação dinamizada, e lesivo o emprego da mesma substância no estágio ponderal, juntamente com a suposição de que o remédio cause uma doença semelhante e artificial mais forte que a enfermidade já estabelecida, ideia muito contestada na literatura, conforme se verá no capítulo *A Terapêutica* (DUDGEON, 2002).

Enfim, é imperioso avançar. Os bons resultados clínicos comprovam a eficácia da metodologia sistêmica. Hahnemann haverá de sempre ser reverenciado por todos os homeopatas pelo seu gênio incomum e a sua luta heroica para divulgar uma terapêutica, cujos predicados até hoje persistem incompreendidos por grande parte dos profissionais de saúde e até mesmo de seus praticantes, acomodados de modo geral ao pensamento preferentemente reducionista. Ante a sua magna figura, compete-nos repetir as memoráveis palavras de João Batista em relação a Jesus Cristo: *...não sou digno de, abaixando-me, desatar a correia das suas alparcas* (Mc, 1:7).

MATÉRIA MÉDICA

Vários modelos para a utilização dos efeitos patogénicos foram propostos desde a descoberta de sua aplicação na terapêutica, no final do século XVIII. Entre estes métodos destacam-se a síndrome mínima de valor máximo e a elaboração de um estereótipo medicamentoso. A primeira é baseada na seleção dos dados aparentemente mais peculiares e que formariam um tripé para a sua indicação, e a última apoiada no tipo humano mais comum que respondia favoravelmente ao remédio. Exemplos não faltam na história da homeopatia.

Assim, houve uma associação entre o material da patogenesia e a experiência clínica de cada autor, levando a uma descrição pessoal da matéria médica (MM). Em *Lições de Matéria Médica*, de James T. Kent, os dados da experimentação encontram uma caracterização própria e se revelam como figuras típicas. Em Vijnovski, a MM é organizada em grupos de sistemas e efeitos afins, de acordo com a intensidade. Em Clarke, há a valorização do efeito mental e, em Nash, dá-se a preponderância à síndrome mínima de valor máximo. Se, por um lado, tais métodos facilitaram o uso da medicação, pelo outro, limitaram a criatividade do profissional para a utilização da informação patogénica no nível simbólico.

Pode-se dizer então que o dado patogénico presta-se a três aplicações na clínica, dependendo do grau de semelhança que guarda com o caso:

- a. Literal: o paciente apresenta uma queixa ou comportamento que reproduz o dado da patogenesia ao pé da letra. Exemplo: sede de pequenos goles, medo de chuva.
- b. Analógico: o efeito experimental é ampliado, porém dentro do mesmo tema, tal como o sonho com mendigos (*Mag-c*) que pode ser estendido para medo da pobreza.
- c. Simbólico: confere-se ao dado patogénico uma dimensão de acordo com o conteúdo, mas afasta-se completamente do contexto original. Desse modo, a sensação de que devia ler cada vez mais rápido, como se alguém lesse após ele (*Mag-m*), pode ser entendida, graças a um estudo global desta MM, como uma tendência para competir.

Os prós e contras de cada estágio de aplicação dos efeitos experimentais podem ser resumidos numa só palavra: segurança. O emprego literal possibilita maior prevalência de boa resposta, mas tende a ocorrer com mais

raridade. À medida que a utilização se firma na analogia ou no simbolismo, aumenta progressivamente a quantidade de vezes que se prescreve e, ao mesmo tempo, a taxa de resposta insatisfatória.

O grande recurso para se intensificar o uso de dados analógicos e simbólicos, sem cair no risco de enveredar-se na inconsistência, é servir-se de um método de estudo de MM que leve a um resultado coerente. Trata-se, pois, da organização e entendimento das diferentes sensações e efeitos da substância, numa unidade conceitual em que todos os dados importantes conservam uma relação conseqüente entre si, descobrindo-se o tema que permeia os seus traços peculiares.

Várias metodologias de abordagem da MM foram desenvolvidas, particularmente, nas últimas décadas do século XX. Este autor propôs e aplicou um sistema de compreensão dos elementos patogénicos fundado na dialética. O texto abaixo foi publicado pela Revista Cultura Homeopática (VIEIRA, 2005), e transcrito aqui com pequenas mudanças.

Matéria médica dialética

Não há ciência sem o emprego de métodos científicos.

Marconi & Lakatos

A pesquisa científica deve ser planejada desde a escolha do tema, fixação dos objetivos, determinação da metodologia, coleta dos dados, sua análise e interpretação para a elaboração do relatório final (UNICEP, 2005).

Método constitui um conjunto de procedimentos ordenados para se alcançar um objetivo e o propósito deste capítulo é o estudo de matéria médica (MM). Por outro lado, já se consagrou na homeopatia o emprego da palavra *tema* como sendo a síntese que expressa os efeitos peculiares de uma dada MM. A investigação dos dados patogénicos, clínicos e repertoriais de determinada substância constitui uma verdadeira pesquisa científica. Neste caso, a finalidade é conhecer as características mais marcantes e, se possível, o tema específico do medicamento. Os efeitos representam os fatores que precisam ser entendidos e contextualizados, segundo uma dinâmica exclusiva, que se desvela à medida que se examina o material.

Desde seu início, com Samuel Hahnemann, os itens patogénicos raros, estranhos e peculiares exercem fascínio sobre os estudiosos. Nas duas últimas décadas do século XX assistiu-se a um avanço espetacular da homeopatia. As patogenesias originais, abandonadas havia mais de um século, foram retomadas para análise e aplicação terapêutica. Foi notável a contribuição da escola argentina, especialmente com o brilhante Masi Elizalde. Deu-se nova dimensão aos efeitos patogénicos e os resultados clínicos foram extraordinários. Algumas metodologias de estudo de MM

foram propostas, mas nenhuma delas conseguiu se disseminar. Acabaram prevalecendo dois critérios, denominados neste texto de *tradicionais*, que são a raridade e a repetição interna.

A primeira versão do método dialético (MD) surgiu aproximadamente em 1985. O autor redigiu, nesta época, um pequeno texto intitulado *Bipolaridade*, calcado em *Zincum metallicum*, que foi usado em aulas do Instituto de Saúde Integral, em Brasília, e no curso de formação em Goiânia.

Método tradicional

Toda matéria médica deve ser vista de forma global, mas com preferência naquilo que a distingue de todas as demais. Portanto, o primeiro critério, intitulado *raridade*, estabelece que o traço raro, estranho e peculiar tem primazia para caracterizá-la. O segundo item a se analisar refere-se à *frequência* aumentada de determinado efeito naquela MM. Exemplos:

Critério **raridade**: a) *disposição cheia de vontades e deseja intensamente, mas não sabe o quê* — é exclusivo de *Ipeca* (HERING, 2009). b) *leucorréia: descarga vaginal profusa; flui como a menstruação e com um odor semelhante* (HAHNEMANN, 2009) — alteração exclusiva de *Causticum*.

Critério **frequência**: a) *náusea* — aparece cerca de 50 (cinquenta) vezes em *Ipeca*, associado às mais diferentes situações (RADAR, 2009). b) *choro* — ocorre aproximadamente 35 vezes em *Causticum* (idem), em variadas circunstâncias.

Método dialético

Antes de tudo, para que o leitor ajuíze a importância do instrumento que lhe é disponibilizado abaixo, vale inserir aqui, a opinião do epidemiologista Breilh (1990, p. 161), acerca do assunto:

Os processos epidemiológicos são determinados por leis objetivas que estabelecem o movimento: as próprias 'leis dialéticas' da unidade e oposição de contrários, os processos de 'causação' de uma causa necessária e suficiente externa frente a um efeito (leis causais), os processos de 'ação recíproca' (leis funcionais) e os processos de desvio do normal originados em vínculos individuais não previstos (leis dos 'processos aleatórios' ou estocásticos). Estas leis têm um estatuto hierárquico, sendo as leis dialéticas de uma ordem superior. Assim, a determinação da saúde-doença passa por esta rica relação dialética entre as suas distintas dimensões.

São quatro os métodos considerados científicos: *indutivo, dedutivo, hipotético-dedutivo, dialético* (LAKATOS; MARCONI, 2004, p. 90). Informações mais detalhadas sobre a dialética mostram que ela se apoia em quatro leis fundamentais: ação recíproca, mudança dialética, passagem da quantidade à qualidade e interpenetração dos contrários (idem, p. 83).

Derivando desses mencionados princípios, o estudo de MM pelo método dialético (MD) propõe três novos critérios, além da *raridade* e *frequência*, já consagrados na metodologia tradicional: **antagonismo**, **gradação**, e **analogia**, descritos a seguir.

Antagonismo

Constitui o expediente mais típico do MD. Os aspectos que se opõem mutuamente mostram a presença de metades inversas e complementares, e devem ser priorizados na seleção dos dados. Observem-se dois efeitos extraídos de *Causticum*:

- a1 — *Compadecido excessivamente; em relação aos outros e das crueldades que lhe foram infligidas* (HAHNEMANN, 2009).
- a2 — *Quando ela fecha seus olhos, sempre aparecem expressões assustadoras e faces humanas distorcidas diante dela* (idem).

Em resumo, num polo a compaixão e, no outro, o horror. Aqui, quem o cerca é digno de simpatia, ainda que atingido por crueldades; ali, sente-se rodeado por criaturas apavorantes, cujos traços de humanidade mostram-se desvirtuados. Na polaridade positiva, tem-se a presença de um sentimento nobre e, na negativa, a perda desse princípio, surgindo a sensação de que se lida com seres humanos distorcidos e amedrontadores.

Igualmente, os elementos mais peculiares de *Lycopodium* podem ser agrupados assim: 1. Polo positivo (**P+**): diversos dados demonstram o excesso de confiança em si mesmo, a exemplo da obstinação, intolerância à contradição, ditatorial etc., como aparece em *insanidade e fúria, irrompendo em inveja, exigências e comandando os outros à sua volta* (HAHNEMANN, 2009); 2. Polo negativo (**P-**): vários indicadores giram em torno da falta de confiança em si mesmo, especialmente no que se refere à sua própria força: *perda da confiança em sua força*, tais como timidez, ansiedade, antecipação etc. (idem).

Aplicação clínica: alguns medicamentos disponibilizam muito mais informação sobre um polo de sua matéria médica e somente uma de suas faces é conhecida. O MD permite elaborar uma hipótese sobre a metade ainda não revelada em patogenesias ou na clínica. No caso de *Tarentula hispanica*, o quadro de sinais constante na literatura mostra um nítido domínio do **P-**: falsidade, fingimento, ameaça, autoagressão e, aparentemente sem conexão com o resto, tem-se *ingratidão* (BOERICKE, 2009). Estudando minuciosamente o significado de diversos efeitos, pode-se deduzir que a ideia principal nesta polaridade negativa é não reconhecer (ingratidão) e não permitir o reconhecimento (simulação). Levantou-se, então, a hipótese de que o **P+** fosse o inverso das marcas já conhecidas: gratidão e reconhecimento. Posteriormente, ambas as possibilidades foram constatadas na clínica. Uma paciente, sexo feminino, adulta jovem, tinha com frequência a sensação de já “conhecer” lugares e pessoas, os quais ela jamais havia visto. Pode-se

dizer que, neste polo, o reconhecimento fica exagerado. Confirmou-se o tema gratidão no caso de um garoto de cerca de cinco anos de idade, com queixa de alergia respiratória, agitação e desobediência. Após algumas prescrições, sem melhora, observou-se durante uma consulta em que ele fazia um desenho, e se mostrava exageradamente polido, utilizando termos raríssimos do tipo *gentileza sua*, para agradecer o fato de eu lhe ter fornecido o giz de cera que ele havia solicitado. Considerando a compatibilidade do restante do quadro de sintomas do paciente, a escolha de *Tarentula hispanica* conduziu a uma resposta satisfatória.

Gradação

Dois ou mais efeitos podem exprimir diferentes intensidades ou um “tempo” distinto da mesma alteração. Isto significa que ambos fazem parte de uma única face, não disponibilizando nenhuma informação sobre a oposta. O que num momento parece vago, impreciso, ou apenas possibilidade, surge noutro como algo acontecido, realizado, definido. A perspectiva, ansiedade, medo, impressão, torna-se fato e, posteriormente, pode ocorrer até mesmo de forma exagerada. Nas duas polaridades existe uma tendência à intensificação, à concretização, ao excesso, por meio dos acréscimos quantitativos.

Note-se, nos exemplos citados abaixo, uma intensificação muito acentuada dos indicadores, desencadeando uma mudança qualitativa. É necessário estar atento ao significado para se detectar a relação existente entre os itens discretos e os extremos.

Exemplo 1: polo positivo em *Causticum*:

- 1.a — *Ansiosamente cuidadoso, em relação a todas as ocorrências* (HAHNEMANN, 2009).
- 1.b — *Compadecido excessivamente; em relatos dos outros e das crueldades que lhe foram infligidas* (idem).
- 1.c — *Chora por compaixão pelos outros. Ditatorial* (RADAR, 2009).

A preocupação com os familiares representa o estágio inicial da compaixão, na forma peculiar de *Causticum* viver sua gradação neste tema. E a compassividade pode se intensificar a ponto de chorar diante da situação das pessoas. Além disso, esse medicamento é classicamente reconhecido como ditador bonzinho (CANDEGABE, 1979). Expressa tal característica através da superproteção. Pode-se dizer que o compassivo hipertrofiou-se e impõe ao outro aquilo que considera mais conveniente.

Exemplo 2: polo negativo de *Hyoscyamus*:

- 2.a — *Medo de ser traído* (HERING, 2009).
- 2.b — *Ele se deita nu na cama* (HAHNEMANN, 2009).
- 2.c — *Revela segredos* (LILIENTHAL, 2009).

A acepção mais coerente com o restante de *Hyosc* para a palavra *trair* é *descobrir ou revelar, por exemplo, alguma coisa que a prudência ocultaria*

(BOOKSHELF, 1994). Então, pode-se dizer que o medo de ser descoberto progrediu e acontece, de fato, quando o paciente *está nu*. O que era apenas temor concretiza-se em realidade. Entretanto, *revelar segredos* vai um passo além; enquanto ficar nu denota uma exposição passiva, pois depende da capacidade do outro para perceber o que se revela, a ação de divulgar assunto sigiloso exige postura ativa.

Aplicação clínica: Onde existem dados discretos é possível prever a intensificação deles e quando as alterações são acentuadas pode-se imaginar como seriam em tons mais brandos. Uma paciente queixou-se de que *gostaria de ter a mente e o corpo no mesmo lugar para fazer as coisas mais bem feitas. Mas enquanto o corpo está aqui, a mente já está em outro lugar!* (VIEIRA, 2004). Foi admitido que se ela agravasse o quadro, desenvolveria de modo franco a *sensação de dualidade*, a qual se encontrava ainda em grau leve. Prescreveu-se-lhe *Baptisia tinctoria*, que é um dos principais remédios na rubrica *ilusão de dualidade*, e ela evoluiu muito bem. Essa matéria médica tem o interessante efeito, o qual parece explicar a sensação da enferma: *Não é capaz de confinar sua mente* (ALLEN, 2009).

Analogia

É a possibilidade de efeitos do mesmo ou de diferentes níveis terem um conteúdo semelhante. Neste caso, não há oposição como no *antagonismo* nem intensificação como na *gradação*, e sim uma correspondência ou similaridade. Exemplo, ainda em *Causticum*:

3.a — *Em desacordo, divergência consigo mesmo* (HAHNEMANN, 2009).

3.b — *Paralisia de um lado da face* (ALLEN, 2009).

3.c — *Hipocrisia* (MURPHY, 2009).

A divergência ou desacordo consigo mesmo, a hipocrisia e a paralisia facial expressam o mesmo conflito. Na paralisia, a face direita discorda da esquerda; elas deixaram de ser o complemento simétrico uma da outra — é uma autêntica disparidade consigo mesmo. Hipocrisia significa, dentre outras coisas, *ter duas caras*.

Aplicação clínica:

Depois de um estudo criterioso de *Hura brasiliensis*, valorizou-se a *sensação de que um pequeno pedaço da unha foi arrancado* (ALLEN, 2009), considerando a relação entre carne e unha o seu símbolo talvez mais importante. No **P+** esse conceito caminha para o exagero e torna-se *disposto a amar todo mundo, especialmente os que o rodeiam* (idem), transformando algum relacionamento numa amizade especial, algo inseparável como carne e unha. No **P-** tende a sofrer as separações como dolorosas rupturas, lembrando uma unha que ao sofrer um descolamento parcial caminha para a separação completa, sentindo-se rejeitada.

Segue-se o relato de uma criança de dez anos, falando sobre o seu próprio desenho: *Era uma vez uma casa abandonada. Tinha uns meninos que sempre iam lá... Certa vez quando chegaram lá, estava tudo quebrado. Entraram para ver e tinha um bando de meninos de rua quebrando as coisas.*

Depois, estava sendo reformada para virar uma igreja. Os meninos ficaram tristes porque estava em reforma: eles gostavam de ir sempre ali... E todos os dias iam ver a reforma. Quando ela terminou, ficaram admirados. Quando começaram as aulas, eles nunca mais viram a igreja.

Observa-se a repetição do abandono, tanto nos personagens (meninos de rua) quanto em relação à casa. As crianças de rua quebram a casa toda. *Quebrar em Hura* sugere ruptura brusca e radical. Depois, um contato diário com a reforma da casa em igreja e, finalmente, um afastamento definitivo, para nunca mais voltar lá. Vale a pena citar ainda um componente desta MM: *sonha com demolição de prédio público; ele caminhava entre ruínas* (ALLEN, 2009).

Um mês depois da dose única de *Hura 1000FC*, novo desenho: a história incluía naufrágio, viver durante muitos anos numa ilha e resgate por outro navio. A mãe acrescentou que o paciente estava parando de roer unhas, e tinha melhorado a letra para escrever, porém esteve mais agressivo no período, o que foi visto pelo profissional como reação curativa — grito de socorro do garoto para que seus pais o aceitem.

No mês seguinte, nova avaliação: *depois de pescaria com dificuldade para se pegar peixe, moço abandona o local e nunca mais volta lá; a floresta é desmatada e ninguém mais foi lá. Então, o IBAMA reflorestou e proibiu caçar, pescar e derrubar árvores; o lugar tornou-se área de lazer.*

Parece que ele estava encontrando uma solução para o seu principal discurso, a ruptura definitiva seguida de abandono. Locais que antes foram completamente abandonados, como a igreja e a ilha, tornam-se áreas de lazer aonde se vai ocasionalmente.

Quadro bipolar

O primeiro passo do MD consiste em selecionar os efeitos que obedecem a algum dos critérios já descritos: antagonismo, gradação, analogia, raridade e alta frequência, e distribuí-los em três polos, denominados de positivo (**P+**), negativo (**P-**) e misto (**P±**), cujas características compreendem:

- a) **P+**: classificam-se neste agrupamento os efeitos que expressam a presença ou existência de alguma *função, qualidade, princípio ou virtude (fqpv)*, ainda que de forma exagerada. Exemplo: administração, agrupamento, altruísmo, amizade, amor, arranjo, associação, benevolência, combinação, coerência, condução, confiança, coordenação, dignidade, coragem, equidade, equilíbrio, esperança, expressão, fidelidade, definição, firmeza, harmonia, integração, justiça, liderança, limite, ordem, proteção, recomeço, resignação, resistência, sabedoria, sensatez, sequência, termo etc.

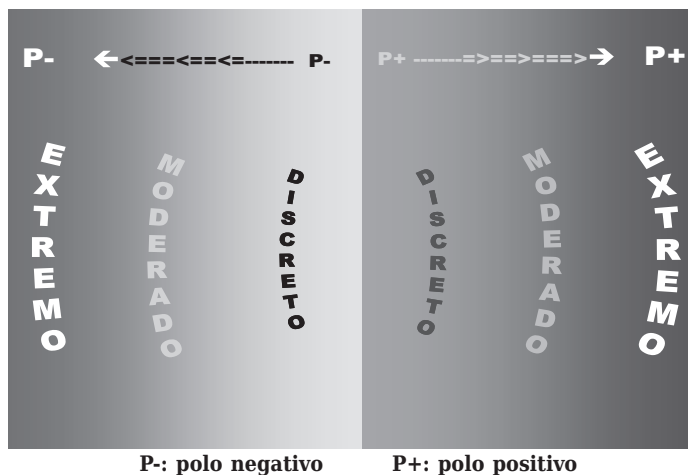
- b) **P-**: incluem-se neste grupo os efeitos que denotam a carência ou falta de alguma *função, qualidade, princípio, ou virtude (fqpv)*, ainda que tal ausência se mostre de forma exagerada. O excesso no **P+** geralmente é mais fácil de entender; no entanto, *o polo negativo também mostra elementos acentuados* seja de carência, diminuição ou perda. Portanto, *a intensidade de um efeito* não caracteriza nenhum deles. A classificação se faz pela presença ou ausência de algum **fqpv**.
- c) **P±**: fazem parte deste conjunto os sinais que contém aspectos de ambos os polos. Também aqui se colocam aqueles interessantes, cuja definição não está evidente. À medida que eles são alocados no compartimento positivo ou negativo, esse **P±** desaparece.

É recomendável iniciar a distribuição *dados pelos mais típicos*, cuja bipolaridade, gradação ou analogia se mostrem evidentes, deixando os duvidosos para etapa seguinte. Posteriormente, pode-se definir com segurança em qual polo se deve classificar determinado efeito ou desmembrá-lo, levando um pedaço para o P+ e o outro para o P-. Esses dois lados formam a dupla face do medicamento, e assim temos uma visão dialética do conjunto. O que um segmento afirma, o outro nega ou desconhece; o que este exalta, o outro abomina, e aquilo que um engrandece, o outro anula ou avilta.

Os constituintes de cada MM podem ser classificados em três categorias, de acordo com a gradação: discretos, moderados e extremos. Assim, no início do polo colocam-se os sutis e leves, que apenas esboçam a presença ou ausência do tema; depois, os de maior intensidade, nos quais a questão se revela franca, clara e inconfundível e, finalmente, os extremos, que podem chegar ao exagero, à distorção, à caricatura.

A distribuição das informações ao longo dos polos possibilita a elaboração de um **quadro bipolar**, como o que se vê na Figura 1.

Figura 1 — Quadro Bipolar



Dulcamara

Solanum dulcamara

A seguir, faz-se um estudo de uma matéria médica considerada pequena, pois isso deve facilitar a compreensão do leitor acerca da metodologia dialética. Posteriormente, completa-se a demonstração do método com *Ignatia amara* e *Cannabis indica*, cujo volume de dados permite a consolidação da proposta.

O primeiro passo é ler os efeitos nos autores clássicos, buscando indícios de antagonismo, gradação ou analogia.

Hahnemann (2009):

- *Fala sem sentido.*
- *Dor aumentada à noite com delírio.*
- *Perambula, delira, uma espécie de insanidade.*
- *Mau-humor, sem inclinação para nada, por diversos dias.*
- *...ele deve brigar com todo mundo, mas não está raivoso.*
- *...ele sapateou, queria atirar (descartar) tudo fora, começou a delirar e, por fim, a chorar.*
- *Ela acorda cedo, como se tivesse sido chamada, e vê uma figura fantasmagórica que parece crescer continuamente e desaparece para cima.*

Allen (2009):

- *Ela acorda cedo, como se chamada e vê a forma de um espírito, o qual permanece aumentando até desaparecer.*
- *Grita, como um hidrocéfalo.*
- *Ansiedade e medo do futuro...*
- *...descontente com tudo...*
- *pacientes parecem não saber o que estava acontecendo com eles.*
- *Não tomou conhecimento de seu ambiente, e não ouviu nada do que lhe foi dito.*

Hering (2009):

- *Não consegue encontrar a palavra certa.*
 - *Confusão mental, não pode concentrar seus pensamentos.*
 - *Imbecilidade mais frequente do que insanidade.*
 - *Pede uma coisa, rejeitando-a quando lhe é oferecida.*
- [tradução dos originais em inglês por este autor].

Em seguida, foram entremeados alguns dados fictícios, cujo objetivo é exercitar o raciocínio dialético do leitor. O propósito é meramente didático, pois muitos homeopatas encontram dificuldade no aproveitamento de dados da matéria médica existente na literatura.

Vejamos o seguinte efeito, mencionado acima: *Ela acorda cedo, como se chamada e vê a forma de um espírito, o qual permanece aumentando até desaparecer.*

O que ele lhe sugere? Antagonismo, gradação ou analogia?

Pode-se cogitar em **gradação** porque a figura visualizada *permanece aumentando*, mas não surge outra forma decorrente da intensificação — seja quantitativa ou qualitativa — portanto, descarta-se tal possibilidade, pelo menos nesse item. Haveria gradação nos seguintes indicadores fictícios: a) permanece aumentando até se tornar imenso (quantidade); b) permanece aumentando e, então, fica parecido com um gigante (qualidade). Observe-se que a figura, que antes tinha a dimensão aparentemente humana, aumentou de tamanho e se transformou em gigante. Ressalve-se, ainda, que a diferença de gradação pode se manifestar através de dois objetos de um mesmo dado ou de diferentes.

Há chance de se pensar em **analogia**? Veja, de novo, o texto: *Ela acorda cedo, como se chamada e vê a forma de um espírito, o qual permanece aumentando até desaparecer.* Parece que não, pois não temos dois elementos entre os quais se estabeleça uma relação de semelhança. Pode-se imaginar essa alternativa, nas seguintes descrições: a) ela acorda como se chamada e vê a forma de um espírito, e tem a sensação de calor intenso no ouvido — evidenciando identidade entre ouvir um chamado e o efeito correspondente no aquecimento do ouvido. b) ela acorda como se chamada e vê a forma de um espírito, e afirma que a vida só faz sentido se for voltada para a transcendência — demonstrando similitude entre espírito e transcendência.

Proponho ao leitor criar uma situação de analogia com o trecho destacado.

Sobra-nos, então, o **antagonismo**. Analise com bastante calma e detecte qual a oposição ou contradição que existe no enunciado em análise: *Ela acorda cedo, como se chamada e vê a forma de um espírito, o qual permanece aumentando até desaparecer.*

Não desista facilmente. Examine, decomponha-o em partes:

Ela acorda cedo: tem algo no restante do efeito que contradiga ou que resulte no oposto da ideia de acordar cedo?

Não, nenhuma informação leva a tal desfecho. Mas, conjecturemos algumas possibilidades: a) ela acorda cedo, dominada pelo pensamento de que dormiria para sempre — num polo, acorda cedo, no outro, dormirá eternamente; b) ela acorda cedo e pensa que já é noite — no primeiro momento, tem o dia pela frente, no segundo, ele já se acabou; c) ela acorda cedo com a sensação de que se atrasou irremediavelmente para o seu compromisso — no P+, aparentemente, acordou com certa antecipação para executar seu compromisso, e no P-, prevalece um atraso, não havendo mais chance de cumpri-lo.

Esmiucemos a segunda frase do período: *Como se chamada*: há evidência de antagonismo logo em seguida? (*Ela acorda cedo, como se chamada e vê a forma de um espírito, o qual permanece aumentando até*

desaparecer). Também parece não existir, mas imaginemos que poderia ser: a) (ela acorda cedo) *como se chamada*, e chora ao acreditar que todas as pessoas esqueceram o seu nome — num polo, ela é chamada, lembrada, procurada ou equivalente, e, no outro, passa tão despercebida que não se recordam sequer do seu nome; b) (ela acorda cedo) *como se chamada*, e diz ter sonhado que durante a aula o professor fez a chamada no início e no fim da aula, contudo, seu nome não constava na lista.

Prossigamos com a próxima frase, na busca de algum sinal de antagonismo: *e vê a forma de um espírito*. É possível distinguir, na sequência, algum item oposto? (*Ela acorda cedo, como se chamada e vê a forma de um espírito, o qual permanece aumentando até desaparecer*). Como os anteriores, a resposta é igualmente negativa, mas, podem-se simular algumas possibilidades: a)...*e vê a forma de um espírito*, o qual lembrava uma estátua velha e corroída — no P+, lida com seres inteligentes e animados, e, no P-, as criaturas se mostram pétreas, rígidas, desprovidas de pensamento; b)...*e vê a forma de um espírito*, cujos pés eram de aço — contrapõe leveza com algo duro e pesado; c)...*e vê a forma de um espírito* assentado sobre um trono de onde exalava uma fumaça negra — reúne espiritualidade e escuridão, dentre outras interpretações cabíveis.

Seguindo adiante, verifique se após a expressão *o qual permanece aumentando*, surge algum aspecto contraditório com o resto do efeito? (*Ela acorda cedo, como se chamada e vê a forma de um espírito, o qual permanece aumentando até desaparecer*).

Finalmente, tem-se aqui um dado dialético, já que expõe um paradoxo. Como se explica a sequência entre os estados *permanecer aumentando e desaparecer*? O que se espera de algo que aumenta progressivamente? Com certeza não é desaparecer e sim ficar mais evidente, ocupar mais espaço, chamar mais a atenção, prosperar e, assim, desenvolver novas características. Definitivamente, algo que cresce até sumir, caso não constituísse uma unidade dialética seria, pelo menos, algo raro, estranho e peculiar.

Como saber se é mesmo algo antagonico? Aplicando o princípio dialético, que estabelece os seguintes polos: no primeiro, o crescimento se fará continuamente provocando o surgimento de estados diferenciados, devido à **gradação**, porém cada vez maiores ou ostentando qualidades compatíveis com sua grandeza; no oposto, ele mesmo ou as coisas diminuem progressivamente e desaparecem. E os dados bipolares como se revelam? Exatamente com ambas as características: um aspecto aumentado e outro apagado, ao mesmo tempo.

É muito importante o estudioso não justificar a descrição patogenética. Se ele ler e achar natural que espíritos desvançam, porque é lógico que façam isso, irá perder inúmeros efeitos muito interessantes e úteis à compreensão da matéria médica. Faz-se indispensável inverter o raciocínio: *Dulcamara* precisa demonstrar que seu tema gira em torno dessas modalidades: crescer e desaparecer. De qual o instrumento ela se serve para se exprimir? É mais fácil com algo plástico como o espírito, no entanto, quando

a predisposição é muito exuberante, o objeto utilizado pode ser totalmente inadequado e incongruente. Neste caso, a redação poderia ser: Ela acorda cedo, como se chamada e vê um crânio, o qual permanece aumentando até sumir. Ou: Ela acorda cedo, como se chamada e vê um alto-falante, o qual permanece aumentando até se dissipar.

Na verdade, segundo veremos adiante, na *dinâmica dialética*, um polo busca superpor-se ao seu contrário a fim de se revelar com nitidez. É em algo superlativamente rígido ou minúsculo que o potencial de crescimento expressa o seu próprio poder. Pelo lado contrário, é sobre um objeto ou meio absolutamente grande ou resistente que a capacidade de desaparecer se propõe a atuar de modo a sumir com tal enormidade.

Podemos concluir, portanto, que encontramos um dado importante dentre os poucos de *Dulcamara*. Um ou mais traços que formem, entre si, um conceito antagônico representam uma pedra de toque para se entender muitos outros dados, às vezes, todos os demais, no caso de MM com número reduzido de informações patogénicas. Sigamos, pois, investigando outras, já citadas acima:

Grita, como um hidrocéfalo — aplique a bipolaridade encontrada acima: expansão e desaparecimento. Veja, agora, a definição de hidrocefalia: *Condição caracterizada por acúmulo anormal, no crânio, de líquido cefalorraquiano, com dilatação de ventrículos cerebrais, aumento da cabeça, proeminência da frente, atrofia encefálica, deficiência mental e convulsões* (AURÉLIO, 2004).

O crescimento é óbvio, pois ocorre uma dilatação do crânio, contudo, aí se encontra também o desaparecimento, através da atrofia encefálica e conseqüente deficiência mental. Pode-se dizer que o alargamento da cabeça implica num sumiço do próprio sujeito, tendo em vista que o quadro pode atingir limitações tão graves que a personalidade se anula por completo. Registre-se ainda que a semelhança óbvia entre hidrocefalia e a figura do espírito que aumenta e desaparece constitui, portanto, um exemplo de **analogia**, de acordo com o MD.

De somenos importância, mas coerente com o tema, *gritar (como hidrocéfalo)* significa elevar — portanto, crescer — a voz. Todavia, o aumento de volume não é acompanhado por uma riqueza de palavras ou entonações — simplesmente incrementa e se extingue.

Analisemos outro dado: *...ele sapateou, queria atirar (descartar) tudo fora, começou a delirar e, por fim, a chorar.*

Qual a imagem de sapatear?

No contexto de *Dulcamara*, podemos elucubrar que o indivíduo cresceu a ponto de pisar no elemento externo e se empenha em provocar o aniquilamento dele.

Como poderemos entender o gesto de arremessar as coisas?

Não significa também uma tentativa de fazer com este objeto desapareça? Pode se até ouvir o grito imaginário: Some daqui!

E por que ele começa a delirar? Talvez porque à medida que se expanda e provoque a eliminação de coisas com as quais tem contato, ele também faça isso consigo mesmo. Sai do ambiente, do lugar, da consciência. Ele também sumiu.

E, *por fim, começou a chorar*. Sim, o choro deve ter alguma associação com o eixo da MM. Porque podia ser algo muito diferente, do tipo: a) *por fim*, atirou-se na cama; b) *por fim*, apertou muito a cabeça com as mãos etc. Recorrendo à ideia óbvia de que chorar é verter água, pode-se deduzir, em tese, que ao fazer isso, **Dulc** se sentirá aliviada, pois eliminou de si mesma algo que a fazia crescer e desaparecer, possivelmente sua irritabilidade.

Pode-se também admitir que o indivíduo exaltou-se, pisou no seu meio, suprimiu com objetos, evadiu-se de si mesmo, e, de repente, chora, talvez porque esteja começando a crescer num outro nível, aquele no qual o sofrimento tende a levar qualquer criatura: o psicológico ou espiritual, sem necessariamente eliminar o outro nem consumir a si próprio por conta de um delírio hipertrófico.

Um paciente *Dulcamara* pode se apresentar com um discurso deste tipo: a dor faz crescer, ou cresceu à custa de muito sofrimento ou, ao contrário, não está suportando a dor e cogita em sumir, suicidar-se.

Quanto ao quesito: *ele deve brigar com todo mundo, mas não está raivoso*, pode-se considerar o seguinte: brigar é uma atitude de enfrentar, disputar, contender, em que o mais forte ou mais hábil — e porque não dizer, o maior — vence. Geralmente, tal reação implica um sentimento de raiva, e cuja ausência o torna peculiar. A definição de **angry** esclarece melhor: *disputa raivosa; altercação* (BOOKSHELF, 94). Ao mesmo tempo em que a pessoa se mostra pronta para o enfrentamento, ela não apresenta o ingrediente mais típico para a luta. Trata-se, portanto, de um sinal bipolar: promove um aumento de si mesmo e, simultaneamente, desaparece com o fator que justificaria tal postura.

Usando um pouco mais a dialética, é possível organizar os polos da seguinte forma:

1. Positivo: ele mesmo ou algo do ambiente cresce.
2. Negativo: ele mesmo ou algo do ambiente desaparece.

A forma com a qual *Dulcamara* realiza esses movimentos, ou seja, os efeitos que vão desde uma discreta até a extrema exacerbação no P+, e, identicamente, as expressões de um sumiço aparente até o absoluto desaparecimento, na face contrária, constituem a marca registrada e exclusiva dessa matéria médica. Tudo indica que não existem temas exclusivos de determinado medicamento. Outro pode apresentar o mesmo eixo de *Dulc*, porém, com variações ou modalidades importantes diferentes no percurso ao longo dos polos.

Voltemos aos efeitos: *pacientes parecem não saber o que estava acontecendo com eles*. A sua própria situação sumiu, apagou-se, tornando-se imperceptível, e, portanto, não sabe o que se passa com ele.

Não tomou conhecimento de seu ambiente, e não ouviu nada do que lhe foi dito. Aqui ele provoca o desaparecimento do que lhe dizem.

Pede, procura, por uma coisa e outra, rejeitando-a quando lhe é oferecida. Quando quer algo é sinal de aquilo cresceu em atração para o indivíduo, de alguma forma. Ao recusá-la, ele a desfaz, reduzindo-a a nada.

Delírio, à noite, com dores aumentadas. De certa forma, já vimos antes, quando ele sapateia, atira coisas e em seguida, some de si mesmo através do delírio. Só que no presente, ele desaparece devido ao crescimento das dores.

Como se uma faca cega fosse enfiada no peito. Faca cega é uma imagem emblemática dessa MM: significa que a superfície de corte da lâmina aumentou, pois já não é tão fina, afiada, como antes. Contudo, reiterando o tema de *Dulcamara*, tal engrandecimento provoca uma perda da função, uma perda de utilidade da faca.

Existem muitos efeitos que por si só não particularizam nada. Entretanto, de posse do tema central do medicamento, pode-se afirmar qual o sentido deles e aguardar a confirmação por meio de novas patogenesias ou de casos clínicos:

1. **desapareceram:** não consegue encontrar a palavra certa. *Confusão mental, não consegue concentrar seus pensamentos.*
2. **em processo de desaparecimento:** *Sensação de uma tábua pressionando a frente; como se os membros fossem batidos, espancados; como se os membros estivessem dormentes [HERING, 2009].*
3. **cresceram:** *como se a cabeça fosse aumentada; como se com os cabelos em pé [idem].*
4. **em processo de crescimento:** *mente, cheio de desejos (RADAR, 2009).*
5. **cresce (ou sobe) e diminui (ou desaparece) simultaneamente:** *como se os pulmões se movessem em ondas; como se vermes movessem para cima e para baixo no abdome.*

Existe um indicador marcante no remédio: *agrava por exposição ao tempo frio, úmido, chuvoso* (ALLEN, H.C., 2009). Uma das acepções de umidade a associa à depressão e extinção. A suscetibilidade de *Dulcamara* ao tempo úmido, aparentemente, chega às últimas consequências, como se observa no hidrocefalo. Olhando por esse prisma, a grave patologia que pode causar uma deterioração completa do cérebro e até mesmo o óbito, não passa de um aumento de líquido nas cavidades ventriculares. Parece haver uma incapacidade profunda de lidar com o ambiente um tanto mais aquoso. Provavelmente isso se deve à propriedade da água penetrar numa grande quantidade de substâncias, ocasionando um crescimento das mesmas.

Esgotado o estudo dos efeitos mais chamativos dos autores clássicos, analisa-se a matéria médica clínica e os dados repertoriais.

Vigoroso, dominador. Inicialmente mais reservado, mas enérgico, impetuoso. Sente-se que há forte vitalidade. O tipo que será franco, direto;

não introvertido, sutil e escondendo alguma coisa (MORRISON, 2009). O crescimento concentra-se na própria pessoa e se expressa através do vigor, da dominação e da franqueza. Note-se que não há uma descrição suficientemente modalizada para que se possa apontar algum vínculo mais profundo, isto é, com os dados existentes parece impossível afirmar por que *Dulcamara*, quando cresce torna-se dominador e franco. No entanto, tal resultado é muito coerente...

Eles são muito preocupados com suas famílias e tem todos os cuidados sobre qualquer coisa que os membros da família venham a sofrer. Quase se como eles não tivessem separação entre eles mesmos e suas famílias (idem). Continuamos a observar o polo do crescimento de **Dulc**, associando família e crescimento individual. O sujeito cresce quando sai do eu simples e isolado para o agrupamento familiar, e caso ele se revele *autoritário em família* (idem) quer dizer que persiste a tendência à expansão de si próprio.

Força sua opinião sobre os seres queridos, espera gratidão por isso (SAMUEL KEYNOTES, 2009). Admitindo que seja graças ao seu próprio crescimento que ele impõe sua opinião aos familiares, pode-se, por hipótese, ampliar o conteúdo desse dado. É possível que não se restrinja à gratidão, mas ao reconhecimento de sua magnitude. Na clínica, o paciente talvez se queixe também pela falta de consideração, de apreço, de atenção, para com a sua contribuição, ajuda, sacrifício etc. Aqui ainda cabe uma digressão bipolar: o sujeito teve uma atitude compatível com sua *grandeza de espírito*, e a falta de gratidão por parte dos beneficiados representa um desaparecimento do bem prodigalizado e, conseqüentemente, uma anulação dele mesmo. Então, conclui-se que *Dulcamara* denota uma vulnerabilidade às atitudes que ofuscam ou apagam sua suposta grandiosidade.

Censurador, crítico, egocêntrico (idem). Aqui há uma diminuição do outro. Tem que se reduzi-lo, rebaixá-lo, sapatear sobre os outros. Se possível, fazê-los sumir...

Tinea capitis com áreas de alopecia (idem). Se no P+, o aumento fez com que os cabelos ficassem arrepiados, agora, no P-, chegam ao desaparecimento.

Mente, ilusões, o que ele segura nas mãos está fugindo, escapando (MURPHY, 2009). Eis um detalhe interessante que revela a polaridade negativa. Ele perde as coisas de suas próprias mãos; não sabe conservá-las, mesmo quando as tem guardadas consigo. E, para que chegue a colocar as mãos sobre algo, significa que aquele objeto adquiriu grandes proporções aos seus olhos. Apesar disso, aquilo que foi obtido, dominado ou conquistado, simplesmente voa, ausenta-se sem vestígios. Faz recordar, por exemplo, pessoas cujos filhos somem, inexplicavelmente. No polo positivo, poderia utilizar tal capacidade e fazer com que os objetos sumam de suas próprias mãos. Mas, para ser bem rigoroso, o mecanismo peculiar de *Dulcamara* fazer com que algo desapareça é, paradoxalmente, o engrandecimento daquilo.

Mente, pressa, sempre com (RADAR, 2009). Esse efeito não tem nada equivalente na matéria médica. Todavia, pode-se entender que a

pressa permite realizar mais coisas em menos tempo, proporcionando um aumento do sujeito. Por outro lado, também denota rapidez, transitoriedade, o que tem a ver com o desaparecimento, ou ainda, porque tenta alcançar o que está fugindo, escapando...

Aparentemente, todos os elementos mais típicos de *Dulcamara* demonstraram uma associação com a bipolaridade aqui proposta.

O estudo através de uma metodologia consistente como a dialética, entre outras, fundamenta os efeitos mais importantes e abre perspectivas para o emprego da substância na clínica, em pacientes para os quais antes o homeopata não cogitaria nesse remédio. De qualquer modo, tal acréscimo — e mesmo considerando o enriquecimento dos futuros casos clínicos — nada disso substitui a necessidade de se promover novas patogênias bem conduzidas com *Dulcamara*. Consta um caso clínico desse medicamento no final do capítulo *Agravação Terapêutica*.

Ignatia Amara

O estudo dialético de *Ignatia amara* — **Ign** — será conduzido através de uma estreita correlação entre a matéria médica e o dicionário, realçando a utilidade deste para a compreensão da primeira. Antes disso, importa fazer uma retrospectiva dos aspectos mais conhecidos, focalizando-os segundo o prisma bipolar. Os dados mais típicos incluem, por um lado, sensibilidade, refinamento, introspecção, mágoa silenciosa, suspiros, e transtornos por: repreensão, crítica e decepção amorosa; pelo outro, mudanças frequentes de humor, inconstância, desajeitamento (desastrado), audácia, desespero, alterações contraditórias e alternantes, e diversos efeitos relacionados à histeria. Deduz-se, pelo exposto, que num polo há uma tendência a sofrer as adversidades numa postura não só de aceitação, mas também de trancar-se em si mesmo, não expressando sua dor, exceto por sinais que parecem escapar sorrateiramente à tentativa de guardar tudo em si próprio e manter-se inalterado. No polo oposto, os indicadores vão progressivamente se tornando evidentes e manifestando-se. No início, fazem-no de forma discreta, mas depois, explicitam-se, burlando o esforço de contê-los, e chegam a escancarar-se em tons berrantes, aparentemente desproporcionais à causa que lhes deu origem, como acontece na reação histérica.

Este mosaico de traços tem permitido a aplicação terapêutica de *Ignatia amara* com excelentes resultados. O que se procura com o estudo da matéria médica é saber o que aquele conjunto de dados **informa**, qual tema está por trás de todos os itens relatados na patogênese e agregados pela experiência clínica, visando ampliar a sua utilização terapêutica. Por que este medicamento apresenta catalepsia no polo da contenção do sofrimento? Por qual razão na face das mudanças rápidas de humor e da histeria, surgem, com frequência, os efeitos associados à coreia? Ao formular tais indagações, têm-se em mente dois princípios da Matéria Médica Dialética:

1. **Analogia:** coreia se manifesta por movimentos rápidos, espontâneos e irregulares, portanto, essa alteração equivale às modificações súbitas e exageradas da histeria; por sua vez, a catalepsia é um estado de rigidez e corresponde ao fechamento persistente e silencioso em si mesmo;
2. **Antagonismo:** coreia é movimento frequente e descontrolado, ao passo que catalepsia significa rigidez e imobilidade.

Coreia e catalepsia transformam-se, portanto, em dois ícones, já que além de mutuamente opostos, demarcam extremos de seus respectivos polos. Como saber qual deles é o positivo? Depende da **função**, **princípio**, **qualidade** ou **virtude (fpqv)** encontrada no medicamento. Se for, por exemplo, espontaneidade, a coreia se encaixa no P+, por se tratar de um distúrbio *caracterizado por movimentos musculares anormais e espontâneos* (AURÉLIO, 2004), ao passo que catalepsia simbolizaria o negativo, devido à rigidez. No entanto, em *Ignatia*, o estudo dialético sugere o inverso, como se verá ao longo do texto. Aquilo que é **fpqv**, portanto, polo positivo em determinada matéria médica, pode surgir como ausência, conseqüentemente, polo negativo em outra. Se, por exemplo, o amor é virtude em certo remédio (P+) e, assim, razão válida para se perder a independência, aparecerá noutra como insuportável perda de liberdade (P-). Enfim, o que define a classificação de um dado nos polos, em qualquer matéria médica, é o seu respectivo tema. Mas, este conjunto obedece sempre à seguinte distribuição:

1. Polo positivo: intensificação progressiva da **fpqv**, tendendo à hipertrofia, ao exagero, ao excesso, à exorbitância da mesma.
2. Polo negativo: intensificação progressiva da diminuição da **fpqv**, tendendo à carência, perda, anulação, destruição ou extinção da mesma.

Focalizando o estudo de *Ignatia*, realizou-se a leitura cuidadosa do significado de algumas palavras nos textos homeopáticos e Dicionários e convencionou-se para este capítulo, em relação às citações, o **Quadro de Correspondências** a seguir:

Quadro de Correspondências referente ao capítulo *Ignatia amara*

Número	Referência
1	The American Heritage Dictionary of the English Language, Third Edition is licensed from Houghton Mifflin Company. Copyright © 1992 by Houghton Mifflin Company. All rights reserved. Selected Illustrations from the Concise Columbia Encyclopedia. Copyright © 1991 by Columbia University Press.
2	Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5. 11ª, 2004.
3	Hahnemann, S. Materia Médica Pura / Doenças Crônicas. Disponível no software Encyclopaedia Homeopathica.
4	Hering, C. Guiding Symptoms. Disponível no software Encyclopaedia Homeopathica.
5	Roget's Thesaurus of English words and phrases is licensed from Longman Group UK Limited. Copyright © 1962, 1982, 1987 by Longman Group UK Limited. All rights reserved.
6	Moderno Dicionário de Inglês, Editora Melhoramentos Ltda. http://michaelis.uol.com.br/moderno/ingles/index.php?lingua=ingles-portugues , acessado em 05 fev 2007.
7	RADAR for Windows, versão 8

Fez-se a seleção de palavras em vários efeitos, investigando-se as analogias, gradações e antagonismos, na tentativa de se encontrar um conceito que englobe a todos. Dois itens, extraídos de Hahnemann (2009), chamaram a atenção:

Disposição delicada, com consciência muito clara.

Disposição sensível, consciência delicada.

As acepções de **delicado** constam do **Quadro 1**.

Quadro 1 — Acepções de delicado

1. Agradável aos sentidos, especialmente de modo sutil: um tempero delicado; uma passagem delicada ao violino.
2. Iguaria fina ou requintada: porcelana delicada.
3. Frágil em constituição ou saúde.
4. Facilmente quebrado ou danificado: um papagaio muito delicado para voar.
5. Marcado por sensibilidade de discriminação: uma percepção delicada de crítico.
6. a. Consideração pelos sentimentos dos outros. b. Relativo a apropriado. c. Facilmente chocado, escrupuloso, fastidioso.
7. Requerendo tato para se tratar: situação delicada.
8. Fino ou suave em tato ou habilidade: o toque delicado do cirurgião.
9. Medindo, indicando ou respondendo a mudanças muito pequenas; preciso: um delicado conjunto de escalas.
10. Muito sutil em diferença ou distinção.
[Inglês Medieval <i>delicat</i> e Francês <i>délicat</i> , ambos do Latim <i>dêlicâtus</i> , agradecer] (HERITAGE, 1992).

Tomou-se *delicadeza*, no sentido amplo, como possível **fpqv** de *Ignatia*, pois, numa das faces desta matéria médica, a sensibilidade reprimida se mescla com outra característica igualmente valiosa, a suavidade. Esta pessoa refinada e sensível caminha para ficar cada vez mais enrustida, de modo a exercer controle rigoroso sobre suas emoções e drama pessoal: não dá indícios em seu semblante, não se queixa, não demonstra em suas atitudes. Age com meiguice, imprimindo um tom delicado em seu comportamento. Mas, será a “delicadeza” o elo entre os aspectos mais peculiares de *Ignatia amara*? Vale a pena ver a síntese dos conceitos associados à palavra **delicadeza**, referidos acima, dando-se uma visão panorâmica (vide **Quadro 2**):

Quadro 2 — Conceitos associados à Delicadeza

delicadeza	suavidade	habilidade	fixação
agradável	discriminação	tato	fragilidade
sutileza	escrupuloso	precisão	requite
apropriado	fastidioso	finura	

Polo positivo

A primeira acepção de delicadeza informa: *agradável aos sentidos, especialmente de um modo sutil*, com a qual podemos associar diversos efeitos dessa MM e, talvez, a principal intenção de *Ignatia*: ela quer ser agradável, mas sem expansões efusivas, pois o seu estilo envolve, sobretudo, sutileza. Não seduz como *Palladium*, que oferece seus bens aos outros na expectativa de comprar uma boa opinião, nem se serviliza como *Pulsatilla*, com cuja manobra espera retribuição afetiva. *Ignatia* é sutil, portanto, as relações sujeitam-se ao seu comportamento amável, refinado, suave, e é necessário tato e acurado senso de discriminação para perceber suas variações mínimas. Se há uma decepção, ela se contém. Não se abala, e o movimento é parco, miúdo. Quase não se dá a perceber.

O significado de mágoa permite compreender melhor a postura hipertrófica desta matéria médica, pois se trata de algo “desagradável”, o oposto exato de *delicadeza*, na sua primeira acepção. (Vide **Quadro 3**). Portanto, diante de um fato indelicado, que toca na essência de sua vulnerabilidade, *Ignatia* reforça seus mecanismos dessa mesma virtude. Assim, se há alguma mudança, ele reage tão suavemente que margeia o imperceptível: quieto, calado, *passivo*³, *taciturno*⁴, *introspectivo*⁴, próprio de quem não desagrada os outros, sabe agir com bastante delicadeza e controla escrupulosamente suas atitudes de modo que não há mudança ostensiva, após a ofensa. Atente-se para a **gradação** entre silencioso e *secretivo*³, e o parentesco de ambos com sutil.

Quadro 3 — Relação entre dicionário e efeitos discretos do P+

Dicionário	Efeitos de <i>Ignatia</i> - início de P+
Mágoa: <i>sentimento ou impressão desagradável causada por ofensa ou desconsideração; descontentamento, desagrado</i> . ²	Amor infeliz com mágoa silenciosa.
Delicado: <i>muito sutil em diferença ou distinção</i> . ¹	Secretivo ³ .
Passivo: <i>aquele que não oferece resistência</i> . ¹	Passivo ⁴ .
Silêncio: <i>estado de quem se cala</i> . ¹	Taciturno ⁴ .
Sutil: <i>que anda sem fazer rumor</i> . ²	Taciturno, indisposto a falar sobre seus próprios sofrimentos ⁷ .
Segredo: <i>aquilo que não pode ser revelado</i> . ²	Introspectivo ⁴ .

Neste roteiro, a delicadeza desemboca na *fragilidade*. Então, tem *pavor de qualquer trivialidade, especialmente de coisas que chegam perto dele*.⁴ Sente-se delicado demais para a aproximação de qualquer coisa. Além disso, há uma fase que ele ainda não sabe se terá mesmo capacidade de suportar algo desagradável, caso venha a ocorrer. Daí o efeito: *medo de ter uma úlcera no estômago*⁴, já que o órgão citado significa *capacidade de aguentar situações desagradáveis*².

Uma vez definido um objetivo, *Ignatia* se dispõe a cumpri-lo sem variações evidentes. Se ela o julga *apropriado* para seu uso permanente, faz solenemente voto ou promessa de agir estritamente de acordo com aquele modelo. Verificando o significado de *propriedade, apropriado* — um dos sinônimos de **delicado** — e de voto, conclui-se que há **analogia** entre ambos, como demonstra o **Quadro 4**.

Observa-se, então, que o voto é o instrumento que *Ignatia* elege para vivenciar suas próprias virtudes existenciais. Ela demanda um papel fixo, com características pré-definidas, ao qual se prenda e justifique manter-se escrupulosamente dentro das regras ou do figurino. Haja ou que houver, este sujeito não se alterará, não modificará a conduta escolhida como apropriada ou correta, não quebrará sua promessa. É interessante notar que nesse caso, *Ignatia* busca agradar, antes de tudo, a si mesmo, aderindo a uma figura ou comportamento selecionado como *apropriado*, exercitando sua refinada habilidade de não se alterar com as mudanças do meio.⁷

Quadro 4 — Relação entre Apropriado e os diferentes Votos em *Ignatia*.

Dicionário	Efeitos de Ign
Apropriado: <i>adequado às circunstâncias ou finalidade, ou que segue estritamente as regras e convenções, ou que pertence a alguém</i> . ¹	<i>Estou negligenciando meu dever, quebrando o meu voto</i> ⁴
Voto: <i>promessa séria de realizar um ato específico ou de se comportar de determinada maneira, especialmente uma promessa solene de viver e agir de acordo com as regras de uma ordem religiosa</i> . ¹	<i>Ela se acredita grávida</i> . ⁴
	<i>Ela crê que está casada</i> . ⁴

A necessidade de um papel ou figurino fixo aparece ainda por meio de outros símbolos: gravidez e casamento. O Thesaurus⁵ informa que gravidez

significa estar *numa condição delicada*. Quanto ao casamento, importa recordar que é um compromisso no qual há um voto mútuo. A protagonização da figura de cônjuge atende muito bem aos pendores de *Ignatia*, que se inclina para o exercício rigoroso das atribuições estipuladas, convencionais, não se permitindo desviar sequer um milímetro de sua função. Ter um modelo que lhe sirva de padrão rígido é algo muito bem-vindo.

Os dados de *Ignatia* revelam que sua virtude caminha, na hipertrofia, para a quietude plena. O **Quadro 5** mostra uma **gradação** entre delicadeza, precisão e fixação, que pode ser representado na seguinte escala:

1. delicadeza: *medindo, indicando ou respondendo a mudanças muito pequenas*¹;
2. precisão: torna-se capaz de reduzir as mudanças e *variar o mínimo*¹.
3. fixação: a variação se restringe a ponto de adquirir uma *forma estável*¹.

Paralelamente, determinados efeitos, tais como tristeza, melancolia e ideia fixa denotam uma capacidade progressiva de abolir, suas já pequenas variações, dando origem ao estado *inalterado*¹.

Quadro 5 — Relação entre Delicadeza e fixação

Dicionário	Polo positivo de Ign
Sutileza: <i>tão pequeno que é difícil ser detectado ou analisado</i> ¹ .	<i>Melancolia depois de decepção amorosa</i> ⁴ .
Precisão: <i>feito para variar o mínimo numa escala padrão</i> ¹ .	<i>Senta-se aparentemente em pensamento profundo, e olha fixamente em frente a ele, mas está todo destituído de pensamento</i> ³ .
Fixação: <i>colocar seguramente; firme. Pôr numa forma estável ou inalterada. Concordar com. Restaurar as próprias condições</i> ¹ .	<i>Ideias fixas, por exemplo, sobre música e melodias... Uma ideia fixa que ele segue em pensamento, ou persegue tudo tão zelosa e completamente na conversação.</i>
Melancolia: <i>reflexão ou contemplação pensativa</i> ¹ .	<i>Ideia fixa no sonho: sonha a noite toda com um único e mesmo assunto</i> ³ .

A delicadeza entrou num nível de sutileza tão acentuado que beira o estático. Então, *suspira e soluça e não será confortada*⁴. Confortar, etimologicamente, significa *com força*¹, e força é algo que *Ignatia* definitivamente não aceita, quando prevalece a submissão e a condescendência. Apenas *suspira*, que é *sentir desejo ou mágoa; expressar com ou como se com uma exalação audível*¹. Há uma tentativa de superar incólume, sem exprimir qualquer variação, mas o suspiro equivale a um discreto espasmo. Nota-se aí um resquício da polaridade negativa, em que se rejeita a força, o apoio alheio, mas uma expressão muito sutil trai o controle total da situação e se manifesta quase em silêncio.

O aumento exacerbado da delicadeza leva-o a permanecer inalterado diante até mesmo da ofensa: *disposição suave; suporta sofrer, até mesmo*

o *ultraje*, sem se *queixar*⁴. *Ultraje* é ato grosseiramente ofensivo à *decência*, *moralidade* ou *bom-gosto*¹. Constata-se que *Ignatia* alcançou o cume do polo positivo. Diante de uma grosseria de absoluto mau-gosto, portanto, algo totalmente desagradável, ele reage com toda a suavidade, persistindo dentro dos horizontes da delicadeza, sem esboçar qualquer movimento desordenado ou involuntário. Pode-se correlacionar essa atitude com o dado: *dificilmente se afastaria do fogo, por dias seguidos*⁴.

O polo positivo chega ao estágio mais exuberante, quando os sinais refletem uma acentuação extrema da delicadeza, da fixação e da precisão. O **Quadro 6** apresenta dados que demonstram o paralelo entre efeitos e significados.

Quadro 6 — Relação entre Delicadeza e efeitos extremos do P+

Dicionário	Efeitos de <i>Ignatia</i>
<p>Fixação: <i>pôr numa forma estável ou inalterada</i>¹. Catalepsia: 1. <i>Uma condição caracterizada pela falta de resposta aos estímulos externos e por rigidez muscular, tanto que os membros permanecem em qualquer posição que sejam colocados</i>¹. 2. <i>Compreensão, certeza, afirmação</i>².</p>	<p><i>Um tipo de apatia no corpo todo; indiferença a tudo. [...] um tipo de imobilidade e uma condição inflexível do tórax</i>³. <i>Catalepsia, dobrando-se para trás</i>⁴.</p>

É possível que ao se perceber evoluindo cada vez mais rumo à rigidez, surja uma sensação de morte em vida. Isso poderia explicar o quesito: *medo de ser enterrado vivo*⁴. No entanto, a propensão à imobilidade acaba por se concretizar através da *catalepsia*, porém com a modalidade *dobrando-se para trás*. É interessante salientar que no ápice da hipertrofia, *Ignatia* dobra-se para trás, reiterando sua tendência a se curvar, a ceder. Deduz-se, assim, que a delicadeza intensificada manifesta-se por intermédio de respostas cada vez mais sutis, refinadas e apropriadas, dentro dos estreitos limites do escrúpulo e da precisão, atingindo a fixação e a imobilidade, e, por **analogia**, a catalepsia.

Polo negativo

Olhando a delicadeza, não mais como hipertrofia, e sim deparando com sua escassez e ausência, veem-se alguns efeitos em Hahnemann:

1. *Deseja coisas impróprias, e chora alto quando elas lhe são negadas*³.

Atente-se para a palavra *impróprias*, lembrando que um dos sentidos de delicadeza é *relativo ao apropriado*. É coerente com o método dialético que ao perder o senso de apropriação ou propriedade, *Ignatia* clame por coisas impróprias, isto é, inadequadas ao momento, à situação, às convenções etc. Deixa-se atrair pelo inconveniente. E se este lhe é negado, não sabe como preservar o seu agrado interno e despenca no choro, mostrando também uma diminuição da sutileza e do tato.

2. Quando alguém hesita o mínimo em fazer o que ela deseja, ou protesta muito com ela, embora de uma maneira amigável, ou tenta persuadi-la ou deseja diferentemente do que ela quer, ela chora alto³.

Sua capacidade de se agradar e de manter seu contentamento íntimo não consegue lidar com pequenas oposições, ainda que *amigáveis*. Recorde-se, na definição de delicadeza: *facilmente chocado...* (vide **Quadro 7**). Quando não a agradam, furtando-se a atender aos seus desejos, registre-se bem: o *mínimo*, evidenciando a questão da *sutileza*, ela chora. Se tentam persuadi-la, o que quer dizer, modificá-la, ela conclui que não agradou, e se querem algo diferente do que ela deseja, constata, igualmente, que sua opção não é a mais agradável. Ao chorar, patenteia sua deficiência de conservar o seu próprio agrado interior.

Avançando nesta polaridade do desagrado e da indelicadeza, *Ignatia* evidenciará o seu descontentamento, exposto no **Quadro 7**, por meio de choro, reprovações, não suportando críticas, mas também, paradoxalmente, através do riso, quando este expressa uma atitude imprópria. Ressalte-se sua vulnerabilidade à decepção amorosa, relacionado com *não cumprirem algo prometido* ou esperado, e que é o contrário do voto, analisado no P+.

Quadro 7 — Relação entre o dicionário e o P-.

Dicionário	P-
Delicado: <i>agradável aos sentidos, especialmente de modo sutil</i> ¹ .	<i>Ele não tem gosto, prazer em nada</i> ³ .
Repreensão: <i>expressar desaprovação, crítica, ou desapontamento em (alguém)</i> ¹ .	<i>Ele está descontente, [...] ninguém pode fazer nada certo, nada para agradá-lo</i> ³ .
Decepção: <i>desapontar; frustrar as esperanças; faltar à palavra; não cumprir o prometido</i> ⁶ .	<i>Encontra defeitos e faz reprovações</i> ³ .
Zombar: <i>ridicularizar, desapontar</i> ¹ .	<i>Chora aos berros, ficando fora de si por conta de trivialidades</i> ³ .
	<i>Briga pela mínima contradição ou acusação</i> ³ .
	<i>Zomba</i> ⁷ . <i>Loucura, alegre</i> ⁷ .

Ainda faz parte do polo negativo o desajeitamento: *ele comete enganos ao falar e escrever e faz tudo desastrosamente e precisa ser corrigido*³. Desastrado significa: *falta de destreza, de jeito, desgracioso*. O efeito evidencia, pois, a carência de virtudes envolvidas com a ideia de delicadeza: desgracioso equivale a desagradável e importa observar que os movimentos involuntários e impróprios podem evoluir para os espasmos, convulsão, coreia e tétano.

Outro efeito interessante deste percurso na polaridade negativa são os *bocejos frequentes*⁴, pois eles traduzem uma atitude geralmente associada com indelicadeza. Ressalte-se ainda que o *choro alto* ou *brigar pela menor contradição*³ são atitudes que já contêm germes de histeria, contudo, numa **gradação** discreta.

Esta face desgostosa também denota a perda da delicadeza, na aceção *medindo, indicando ou respondendo a mudanças muito pequenas*¹, e começa a apresentar mudanças em si mesmo. É importante compreender

o item paradoxal: o delicado se intensifica no P+, de preferência, de forma sutil, imperceptível e, desse modo, possibilita o estabelecimento de um padrão. No entanto, na polaridade negativa há uma ruptura desse predomínio, surgindo um comportamento que destoa, que foge do modelo. Eis o contraditório: na verdade, contradição quer dizer que não se cumpriu o esperado, previsto ou prometido. E o faz com perda também da sutileza. Desse modo, o distanciamento do padrão não é discreto, escrupuloso, e sim ostensivo, gritante, indo para o contrário daquilo que se esperava. A criança faz escândalo toda vez que tem um pequeno traumatismo e é uma verdadeira batalha para ajustar-lhe um curativo. Todavia, quando acontece uma lesão mais séria e é levada ao Pronto Atendimento, permite que se faça a sutura sem opor qualquer resistência.

Enfim, só existe paradoxo porque se havia estabelecido, previamente, um gabarito de conduta. No exemplo citado, a norma era a histeria e o diferente foi a delicadeza ou docilidade, na ocasião em que se esperava um drama. Conclui-se que a contradição em *Ignatia* é uma característica bipolar, pois utiliza algo já fixado para, em seguida, negá-lo radicalmente. Outro exemplo: uma garotinha meiga e dócil, cuidadosa com seus objetos pessoais, suscetível à repreensão suave faz, repentinamente, alguma proeza contrastante com sua índole geral, a exemplo de subir no alto muro da casa, correndo risco de acidente grave. Não é somente uma questão de *audácia*, mas também de um gesto que contradiz todo o restante de seu temperamento delicado.

Mas, o paradoxo pode discrepar não apenas em relação à história do próprio sujeito, mas da norma já consolidada, do arquétipo, do senso comum, daquilo que já se estabilizou na natureza, como habitual e lógico. Amigdalite costuma doer mais quando se engole sólidos do que líquidos. Digamos que isso é o *apropriado*, o que se espera em todos os casos dessa patologia e, portanto, que o paciente se enquadre neste figurino, mas ele *não cumpre o prometido*. Comete a *indelicadeza* de não seguir o convencional e avança para o extremo oposto.

Voltando à questão da *audácia*, definida como *impulso de ânimo que leva a cometer atos arrojados ou difíceis*², vê-se que indica, por si só, um comportamento que contradiz o padrão social. Deduz-se, então, que esse dado em *Ignatia* tem conotação de paradoxo.

Prosseguindo na **gradação** da perda da delicadeza, em seu sentido amplo, *Ignatia* apresenta uma variação mais intensa. Ao invés de contradizer determinado padrão apenas ocasionalmente, ele passa a oscilar de forma rápida entre dois pontos, não se firmando em nenhum deles (vide **Quadro 8**). A partir deste momento, não existe mais um modelo fixo, obrigatório. E qual é o balanceio mais comum que o remédio apresenta? Claro que tem a ver com o agradável, primeira acepção de **delicadeza**, mostrando-se aqui contente, ali descontente, numa rápida alternância de humor. É relevante frisar que *Ignatia* incide em diversos tipos de alternância: alegre e triste, loquaz e taciturno, indignado e contente, maníaco e deprimido, transtornos na cabeça e nas costas, face vermelha e pálida, respiração obstruída e convulsão,

respiração lenta e curta, ciática e dor em outras partes, febre e calafrios, convulsão e outras queixas, periodicidade em dias alternados, entre outros.

É digno de nota que *Ignatia amara*, à medida que caminha para o extremo do polo negativo — retratado no **Quadro 8** — não apresenta diversidade de tipos de descontentamento, mas, simplesmente para de oscilar entre o contentamento e as lágrimas e mergulha-se na *histeria*. Nesta, há uma perda completa dos limites da conveniência, do apropriado. A reação anula também a sutileza, prescindindo do substrato orgânico que corresponderia a um ponto de referência — ou de fixação — no qual deveria se encaixar. Os padrões e as convenções estão todos rompidos.

Depreende-se que na histeria acontece a manifestação em cores vivazes, descontroladas. É exagerado. Houve uma deficiência para dosar as próprias variações. Perdeu o dom de *medir, indicar ou responder a mudanças muito pequenas*¹. Na histeria há uma reação excessiva, desprovida de delicadeza, portanto, algo muito desagradável, segundo a ótica de *Ignatia*.

Quadro 8 — Relação entre o dicionário e a gradação no P-

Dicionário	Gradação de <i>Ignatia</i> no P-
<p>Contradição: <i>Incoerência entre afirmação ou afirmações atuais e anteriores, entre palavras e ações; desacordo</i>².</p> <p>Alternância: <i>Fazer suceder repetida e regularmente; revezar</i>².</p> <p>Histeria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Uma neurose caracterizada pela apresentação de transtorno físico sem uma causa orgânica, sonambulismo, amnésia, episódios de alucinação e outras aberrações mentais ou aberrações de conduta</i>¹. 2. <i>Emoção excessiva ou descontrolada, tal como medo ou pânico</i>¹. 	<p><i>Ri de coisas sérias</i>⁷.</p> <p><i>Sintomas contraditórios e alternantes</i>⁹.</p> <p><i>Mudança incrível de disposição, ora brinca e graceja, ora está lacrimosa</i>³.</p> <p><i>Acorda subitamente, geme, com expressão da face comovente, chuta e sapateia com os pés e, ao mesmo tempo, as mãos e a face estão pálidas e frias</i>³.</p> <p><i>Após uma briga com o marido, acordou na manhã seguinte com tremor rítmico da perna esquerda inteira, que gradualmente envolveu ambas as pernas; agrava ao sentar, não interfere com o caminhar; no dia seguinte foi acompanhado de sacudidas coréicas da cabeça da esquerda pra direita e levemente de cima para baixo</i>⁴.</p> <p><i>Angústia, grita por socorro, com constrições sufocantes da garganta, deglutição difícil; vem com espasmos com suspiro profundo</i>⁴.</p> <p><i>Debilidade histerica e acessos de desmaio</i>⁴.</p>

Em resumo, no polo negativo perde-se a delicadeza, de modo progressivo, na seguinte escala:

1. Paradoxo: rompe apenas ocasionalmente com um padrão estabelecido (próprio ou natural);
2. Alternância: oscilação rápida e sucessiva entre dois pontos, geralmente contrários entre si;

3. Histeria: reação excessiva e descontrolada, sem qualquer ponto de referência ou fixação.

Consequentemente, torna-se *temeroso, covarde, não confia em si mesmo para fazer nada; considera que tudo está perdido*.⁴ Perder significa *ficar privado do controle, cuidado ou da posse de si mesmo*¹. Desse modo, sensações impetuosas e involuntárias trazem-lhe a impressão de que tudo se perdeu. Se não tem controle sobre suas próprias respostas, que em verdade se mostram impróprias, não pode confiar mais em si mesmo para executar nada. Não conseguirá o tato, a habilidade e a sutileza imprescindíveis para realizar algo de acordo com seus **princípios**, patenteando covardia e medo perante as oportunidades e desafios. Essa condição de perda da posse de si mesmo leva ao dado repertorial *covardia, sem coragem para expressar a própria opinião*⁷. É necessário admitir que isso pode acontecer também no P+, caso o paciente esteja dominado pela contenção. A classificação deles nos polos não tem peso absoluto, pois o arranjo em cada enfermo permite variações.

Focalizando mais detidamente a tendência à acentuação da falta de suas virtudes, nota-se o aparecimento progressivo de *espasmos convulsivos, convulsões e coreia* (vide **Quadro 9**). Os principais fatores desencadeantes são *susto e mágoa*⁴. Atente-se que susto é, por experiência universal, algo *desagradável*. Portanto, em sua polaridade negativa, *Ignatia* mostra sua vulnerabilidade ao susto através de um movimento descontrolado, embora discreto: espasmos convulsivos. Além disso, saliente-se que pode chegar à convulsão, espontaneamente ou associada a outras causas, e esta representa uma intensificação rumo à ausência da delicadeza. Assim, os espasmos evoluem, segundo o conceito de **gradação**, para a convulsão, a qual pode ser vista como pródromo da coreia, cujo quadro se caracteriza por uma agitação regular e típica, com movimentos impróprios, já que não têm objetivo, e, além do mais, são bruscos, portanto, indelicados. Destarte, a coreia é, por **analogia**, a histeria somatizada, ao mesmo tempo em que os espasmos convulsivos recordam a figura do desastrado.

Quadro 9 — Gradação: dicionário e efeitos extremos P-

Dicionário	Efeitos extremos do P-
Espasmo: <i>contração súbita e involuntária de um músculo ou grupo de músculos</i> ¹ .	<i>Espasmos convulsivos, especialmente após susto ou mágoa</i> . ⁴
Convulsão: <i>contrações, súbitas e involuntárias, dos músculos voluntários</i> . ²	<i>Convulsões violentas e perda de consciência</i> . ⁴
Coreia: <i>qualquer uma das diversas desordens do sistema nervoso marcada por movimentos musculares incontroláveis e irregulares, especialmente dos braços, pernas e face</i> ¹ .	<i>Toda a sorte de movimentos e contorções de extremidades; cabeça também é afetada; não pode andar nem usar mãos, mesmo para comer</i> . ⁴

Como penúltima etapa, resta explorar alguns poucos sinais que evidenciam aspectos de **ambos os polos**.

1. *Sonambulismo; descreve claramente o interior do cérebro; de novo vê tudo que se passa na rua, mas não se lembra de nada disso quando acorda.*⁴ De acordo com o dicionário, *cérebro é o lugar da consciência*¹, e isso se encadeia com o primeiro efeito transcrito nesse estudo de *Ignatia: disposição delicada, com consciência muito clara*. Pode-se também acrescentar que o cérebro é um órgão extremamente delicado e guardado no crânio, portanto, a percepção do seu interior fica bastante compatível com a polaridade positiva. Num salto para longe, a clarividência se desloca para a rua, à semelhança da variação paradoxal, evidenciando assim o polo negativo.
2. *Contra a sua vontade, pensa em coisas humilhantes e desagradáveis, e fixa sua atenção nelas*³. Percebe-se aqui a hipertrofiada capacidade de se fixar, no entanto, dirigida para fatos típicos da indelicadeza.
3. *Ansiedade e inquietude, como se tivesse feito alguma coisa errada, ou como se algum infortúnio estivesse para acontecer, e isso o domina.*⁴ A palavra erro apresenta duas interseções com **delicadeza: impróprio; inaceitável segundo as convenções sociais**¹. Cometeu algo de natureza indelicada, ou algo equivalente está prestes a ocorrer. *Ignatia* se sente dominado. Ora, tal domínio só acontece em função de sua própria fragilidade, ou seja, por se deixar subjugar, postura do polo positivo. Esse quesito faz recordar dois emblemas do medicamento: em sua negatividade, sintoniza-se com algo impróprio, desconectado de sua história pessoal ou das convenções, e no extremo oposto, se mostra submisso, agarrando-se a um papel definido e tradicional e procura cumpri-lo de forma rígida. São conceitos que o homeopata deve memorizar, pois alargam os horizontes de aplicação clínica desta matéria médica. Por exemplo: *Ignatia* está na rubrica *adulterous*⁷, o que se encaixa, em princípio, no P-. Se o paciente for predominantemente P+, a infidelidade surgirá como algo contraditório em sua vida. Se ele for meio-termo, no tocante às polaridades, tal conduta acontecerá em regime de alternância com seu relacionamento afetivo mais estável. Mas, se houver prevalência da face negativa, o comportamento infiel será uma espécie de histeria, e o casamento uma mera fachada.
4. Outra reflexão pertinente é sobre o seguinte dado: *tétano após susto*.⁴ Aparentemente, as convulsões de tétano (P-) tendem a fixá-lo numa posição, impedindo-o de qualquer movimento, situação característica do P+.

Finalmente, rápidos comentários em torno de alguns efeitos extraídos do **Repertório**⁷:

Transtornos por vergonha:

- vergonha quer dizer: *emoção dolorosa causada por forte sentido de culpa, embaraço, indignidade ou desgraça*¹. Etimologicamente, *desgraça* é *falta de graça, de contentamento*¹, o que equivale a algo muito desagradável.

Ansiedade, salvação, religiosos escrupulos:

- escrupulo significa *delicadeza de caráter*².

Anorexia, por medo:

- anorexia parece uma tentativa de permanecer sem modificações, fixada em determinado ponto, e, é claro, a magreza está associada à fragilidade.

Medo, quando distante de casa:

- casa é *lugar onde se vive*¹, e corresponde a um dos mais importantes pontos de fixação de cada um.

Medo de galinha:

- figuradamente, galinha significa *agir covardemente, perder os próprios nervos*¹, e isso representa a falta de controle que *Ignatia* evita no P+.

Medo de ladrão:

- roubar é *tomar a propriedade de alguém*¹. Propriedade é sinônimo de delicadeza e a noção de apropriado, próprio, convencional foi bastante útil à compreensão de *Ignatia*.

Imbecilidade, negativismo:

- negativa é *uma afirmativa ou atitude indicando ou expressando contradição...*¹

Indignação:

- o termo significa *cheio de vergonha, de desgraça*¹. Repete-se aqui a falta de graça, já vista em Transtorno por vergonha.

Loucura por medo de perder o emprego:

- emprego é *posição na qual alguém está empregado*¹. Lembra o conceito de um papel ou figurino apropriado que *Ignatia* carece para se fixar.

Loucura por medo de mortificação.

- mortificar é *experienciar vergonha, humilhação, orgulho ferido*¹.

Lascívia, com impotência.

- lascívia está associada diretamente ao prazer, ao agradável. A impotência é a incapacidade de concretizar o desejo de se contentar a si e ao outro.

Zombar — pensa que os outros zombam dele:

Lembre-se que zombar significa *ridicularizar, desapontar*¹.

Viajar melhora:

- viajar corresponde no P- a *ir de um lugar para o outro*¹, e no P+ a *mover-se ao longo de um percurso*¹.

Grita por socorro:

- socorro é o apoio, força, para se alcançar determinado fim. Lembrando que a assistência que *Ignatia* pede provavelmente não é do tipo força, mas suporte para conseguir se manter fixada em seu papel.

Sobressalto, sobressaltado — frequentemente:

- sobressalto é *um movimento súbito e involuntário*¹. Sugere um espasmo generalizado, detalhe bem típico do P-.

Selvageria por trivialidades:

- selvagem é *sugestivo de forte emoção, descontrolada*¹. Quando tal reação ocorre por causa de alguma banalidade, faz pensar em algo desproporcional ou histeria.

Caso clínico de Ignatia

Diante da inexequibilidade de se obter o termo de consentimento dos pacientes para a presente publicação (GOLDIM; FLECK, 2010), todos os casos clínicos descritos neste livro tiveram as características pessoais, profissionais, familiares e algumas circunstâncias omitidas ou modificadas, impossibilitando a sua identificação. Deu-se, portanto, cumprimento à Constituição Federal, cujo artigo 5º *afirma expressamente que são 'invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas'* (DANTAS; COLTRI, 2011, p. 411).

AMAM, sexo feminino, 49 anos.

Consulta na data “x”

Doença dermatológica há muitos anos. Medicação oral só quando piora. Iniciou há 20 anos, mas fiquei uns dez sem sintomas. Biopsia há três anos. Piorei após susto — trote por telefone. Era só nos pés — depois espalhou. Não tenho vergonha, mas as pessoas se constrangem.

Trabalho no Centro Saúde X. Procuo fazer tudo muito certinho!...

HP:

Não consigo parar de fumar. Parei 40 dias — aí comecei a ter medo de dirigir e vivia chorando, sem ânimo para as coisas.

HF: Marido trabalhando há uma semana — ficou desempregado durante muito tempo. Mantendo a dignidade.

Sono: dorminhoca. Ocasionalmente insônia. < com café. Levo trabalho para casa.

Sonhos: dando aula completa.

Temperamento:

Me policio muito. Exigente comigo mesma.

Tento controlar, mas estourada. Me irrita muito no trânsito.

Perfeccionista.

Otimismo.

Do tipo que engole boi e engasga com mosquito.

Somos três irmãos, mas me tornei responsável pela mãe. Virei mãe dela.

Me sinto muito só.

Muito fechada — alguns assuntos, não converso com ninguém. Os outros já têm problemas...

Trabalho exageradamente porque não quero falhar.

Não quebro nada.

Grosseira. Sujeito comprou carro do marido e não pagou. Passei por ele e não o cumprimentei. Sou muito radical. (sic).

EF: Lesões descamativas hiperemiadas difusamente nos pés e região inferior das pernas.

Impressão Diagnóstica (ID): X.

Conduta: **Ignatia** 30 LM — 3 microglóbulos — dose única.

Aviso sobre possibilidade de agravação.

Consulta um mês depois

As lesões não chegaram a piorar. Alguns dias depois, começou a melhorar e limpou bastante. Nos últimos, piorou e depois melhorando de novo.

Melhorou bastante.

Reclamei de coisas.

Joguei o computador fora na piscina — de raiva, porque era velho e não funcionava direito. Tirei um peso! Eu ficava demais no computador...

Recebi proposta de trabalho interessante aqui. Mais tranquila.

Há alguns anos tive um sonho. Tinha orado para Deus me ajudar a educar minha filha. Sonhei como filme. Castelo medieval. Arrumando baú para fugir. Uma pessoa me ajudava. Canoa. Rio. Eu deixava três filhos. Fugia com o meu atual marido. Acordei desesperada. Não abandone seus filhos!

Decidi inflamar, botar para fora. Agora estou mais tranquila.

Tive problema no trabalho; em outra época eu teria feito confusão.

Pus prioridade — vamos resolver um problema de cada vez.
Tenho pavor de altura.
Trânsito me irrita muito. Ponte me amedronta.
Eu tinha medo de ficar alienada, de não me indignar com as coisas, com a injustiça do que está errado, perder o interesse.
A última crise não foi tão intensa e melhorou rapidamente.
EF: Lesões moderadas mais na face lateral dos tornozelos e pés.

ID: X.

Conduta: **Ignatia** 10 MFC — 3 glóbulos — dose única.

Consulta um mês depois

Lesões melhoraram uns 90% — um pouco vermelha, mas sem coceira.
EF: manchas escuras, com pequenas bolhas — em ambos os membros.
Meio instável emocionalmente. Às vezes choro por bobagens; às vezes mais otimista.
Mais tranquila, na maior parte do tempo.
Estudando mais. Vou tentar concurso em outra cidade, onde a minha filha está conseguindo trabalho.
Instável. Comecei a chorar porque tive que deixar o carro na oficina, três dias seguidos. Coisa insignificante... Chateação. Mas, não justifica... Fiquei mais calma. Apesar da instabilidade, mais aceitação das coisas.
A irritação está bem menor. Substituí um pouco a irritação pela “manteiga derretida”. É melhor. Porque você chora e logo passa...
Tive um susto grande e encarei bem. No dia seguinte, a pele piorou um pouco. Mas, durou 2-3 dias e antes demorava duas semanas. E não coçou! O que é o melhor..
Menos perfeccionista em relação ao trabalho. Pegando menos no pé dos colegas.

ID: Boa resposta.

Conduta: observação.

Orientação — sensibilidade aumentada pode ser indício de processo de cura.

Cannabis indica

Segue-se o estudo de uma das matérias médicas mais ricas de efeitos de toda a literatura homeopática e que, em função disso, fica subutilizada pela dificuldade em se ordenar todos os dados e obter uma síntese racional. Além disso, face à imensa quantidade de elementos, procede-se o estudo apresentando-os já distribuídos nos dois polos. O leitor constatará que se alcançou um entendimento consistente de *Cannabis indica*, revelando detalhes da gradação tanto no sentido positivo quanto negativo.

Polo Positivo

Teoriza constantemente.

Eu nunca perdi a consciência do que estava acontecendo; havia sempre objetos reais presentes como também os imaginários...

...Certamente, é como um momento marcante de clarividência por afinidade...

Em música, uma simples nota parecia a mais divina harmonia.

Eu vi a mim mesmo como um gnomo, aprisionado pelo mais encantador mistério.

Minutos parecem dias.

A paisagem era tão sublime que eu esqueci a causa da ilusão em minha admiração da cena mágica.

Para sempre no solitário teto do universo infinito de Deus que nós edificamos incessantemente (ALLEN, 2009).

Polo Negativo

Objetos que o rodeavam assumiam uma estranha e imprevisível expressão, tornando-se eles mesmos tão inexpressivelmente cômicos e absurdos, provocando-lhe um longo acesso de riso.

Tudo em volta e internamente parece ser um grande mistério e é aterrorizante.

Ele ri imoderadamente e involuntariamente... Sufocante riso de desprezo... E ainda o canto de blasfêmia e os olhos de sarcasmo demoníaco sorriam de mim com zombaria. A cena então se tornou teatral e ele era um ator que improvisava sua tragédia.

Então as paredes começaram a deslizar lentamente se aproximando, o teto vindo abaixo, o piso subindo, como a cela de um prisioneiro que estivesse condenado a ser seu túmulo.

As coisas em torno de mim pareciam tão irreais, e elas estavam tão silenciosas, que eu não poderia me conter; eu deveria falar com elas e ver se estavam realmente ali, mas o que eu deveria dizer?

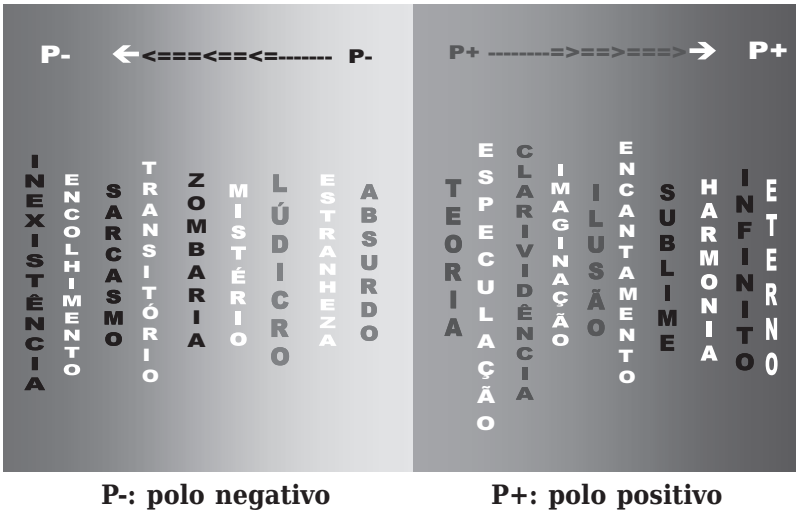
NOTA: Até o final deste capítulo, os dados de MM não referenciados no texto foram extraídos de ALLEN, T.F (2009).

Sugiro ao leitor fazer um pré-teste: releia atentamente os efeitos relacionados acima e tente encontrar a gradação que existe entre eles, em cada um dos polos.

A análise desta MM sugere como eixo central a bipolaridade existência/inexistência. No **P+** há uma intensificação que começa com teoria, especulação e clarividência, passa por contemplação, ilusão, encantamento, hipertrofia do tempo-espço e chega à harmonia, sublimidade, eternidade e infinitude. No **P-** ocorre uma gradação que se inicia com absurdo, lúdico e estranheza, transita pela zombaria e mistério, redução do tempo-espço e culmina em tragédia, sarcasmo, irrealismo e inexistência.

Os dados relativos aos polos do tema existência/inexistência de *Cannabis indica* constam no Quadro Bipolar de *Cannabis indica* (Figura 2, abaixo), dispostos de acordo com a sua respectiva gradação.

Figura 2 — Quadro Bipolar de Cann-i



Polo Positivo: da teoria ao infinito eterno

A palavra *teoria*, proveniente do já citado efeito *teoriza constantemente* significa: 1. *Ação de contemplar, examinar.* 2. *Conhecimento organizado sistematicamente aplicado em ampla variedade de circunstâncias, especialmente um sistema de hipóteses, princípios aceitos, e regras de procedimentos desenvolvidas para analisar, prever, ou de alguma forma explicar a natureza ou conduta de um conjunto específico de fenômenos.* 3. *Raciocínio abstrato, especulação* (HERITAGE, 1992). Sendo *teoria* um conhecimento para explicar e prever, o seu significado leva diretamente a clarividência. ...*Certamente, é como um momento marcante de clarividência por afinidade...* Note-se que o dicionário relaciona teoria não apenas com prever, mas também com especular, contemplar e raciocínio abstrato.

Contemplação, por sua vez, conduz à sublimidade, pois nada parece mais digno de ser contemplado do que o sublime ou harmônico. Evidente que se algo o atrai, a ponto de contemplar ou deleitar-se, ele poderá sentir-se encantado ou considerar-se vítima de encantamento. Veja-se um dos significados de contemplar: *refletir ou meditar; algumas vezes de modo religioso ou místico* (COMPTON, 1995). E finalmente uma das acepções de sublime: *inspira reverência ou admiração pela grandeza, beleza etc.* (idem). A grandeza no tempo e no espaço é um dos mecanismos que *Cann-i* utiliza com frequência para tornar algo digno de contemplação: *Eu vi a mim mesmo como um gnomo, aprisionado pelo mais encantador mistério.*

Eternidade e infinitude são os extremos finais do P+, assegurando a existência eterna das coisas, sejam reais ou não. São esses aspectos que lhe parecem garantir aos seres uma existência real, embora numa gradação inicial surjam de modo discreto: *Eu nunca perdi a consciência do que estava acontecendo; havia sempre objetos reais presentes como também os imaginários...* Observe-se que *existir*, por sua vez, significa: 1. *Ter estado real; ser real.* 2. *Ter vida; viver* (BOOKSHELF, 1994). Aparentemente, a virtude principal de *Cann-i* é conferir os dons inerentes à existência. Para atingir seu objetivo recorre ao incremento de sua criação no tempo e no espaço. Contemplar e/ou ser contemplado demonstra que se alcançou a condição de existir. Vale acrescentar que a palavra contemplar vem do Latim e quer dizer: *com + templo*, e templo, a seu turno, significa: *alguma coisa considerada como tendo em seu interior a divina presença* (idem). Portanto, contemplar algo é reconhecer-lhe a verdadeira existência. E um dos fundamentos principais de Deus é a eternidade. Portanto, só existe, de fato, aquilo que é eterno.

No início do polo, *Cannabis indica* dilata o tempo de modo discreto: *Minutos parecem dias*. Mas, a eternidade é o alvo, por excelência, da contemplação ou encantamento: *para sempre no solitário teto do universo infinito de Deus que nós edificamos incessantemente*, revelando um estado permanente de edificação ou criatividade.

Avançando no P+, acrescenta-se a definição de eterno e sua relação com harmonia, sendo que o primeiro é: 1. *O que não tem começo nem fim; existindo fora do tempo.* 2. *Continuando sem interrupção.* 3. *Sempre verdadeiro ou inalterado* (BOOKSHELF, 1994). É provável que para haver existência eterna, *Cann-i* perceba ser indispensável a harmonia, sem a qual ocorreriam atritos e destruição. *Em música, uma simples nota parecia a mais divina harmonia*. Verifique-se que harmonia quer dizer: *uma agradável combinação dos elementos de um todo* (idem). E o fato da existência dos seres ficar preservada neste Todo harmônico constitui acontecimento extraordinário e sublime, ou seja, *de alto valor espiritual, moral ou intelectual* (idem), e que merece ser conhecido e contemplado. *A paisagem era tão sublime que eu esqueci a causa da ilusão em minha admiração da cena mágica*.

Polo Negativo: do absurdo lúdico à inexistência

Vamos iniciar pela análise da palavra *absurdo*, extraída do trecho já citado: *Objetos que o rodeavam assumiam uma estranha e imprevisível expressão, tornando-se eles mesmos tão inexpressivelmente cômicos e absurdos, provocando-lhe um longo acesso de riso*.

Segundo a dialética, aplicada à matéria médica, *absurdo* deve representar a falta, ainda que discreta, da polaridade positiva — teoria, contemplação, encantamento, sublimidade etc. *Absurdo* significa *ridiculamente incongruente ou irracional*. 2) *aquilo que manifesta a visão de que não há ordem ou valor na vida humana ou no universo* (idem). Revendo a definição de teoria acima, como *conhecimento organizado e/ou raciocínio abstrato*, já se detecta o

antagonismo entre ambos. No *absurdo* não há raciocínio, e o que é falado não merece ser ouvido, tornando-se também estranho. Mas, *absurdo* quer dizer *ridiculamente incongruente*, e ridículo significa algo *que provoca riso ou escárnio*, e *incongruente* tem a ver com aquele *que perdeu a harmonia, incompatível, em desacordo com os princípios ou lógica*. Observe-se, pois, que na definição de *absurdo* consta, não só o inverso de teoria, bem como os germens dos efeitos que irão aparecer de modo acentuado no extremo do **P-**.

A definição citada de *teoria: raciocínio abstrato, especulação* corrobora a conclusão de que quem faz suposições sem raciocinar corre o risco de cometer absurdos. E o que no P+ parecia digno de meditação, encantamento como sendo sublime tornou-se o inverso — de tão irracional, chega ao ridículo, à zombaria e à tragédia: *Ele ri imoderadamente e involuntariamente... Sufocante riso de desprezo... E ainda o canto de blasfêmia e os olhos de sarcasmo demoníaco sorriam de mim com zombaria. A cena então se tornou teatral e ele era um ator que improvisava sua tragédia*.

E quanto ao mistério? *Tudo em volta e internamente parece ser um grande mistério e é aterrorizante*. Seu aparecimento se deve à falta de *conhecimento organizado*, que é uma das acepções de *teoria*. Finalmente, tragédia significa algum *evento desastroso, especialmente aquele que envolve perda estressante ou dano à vida* (idem), o que polariza claramente com a capacidade de conferir existência ou eternidade.

Caminhando para o extremo do P- chega-se ao máximo *absurdo* que é a negação da realidade de si mesmo e de todas as coisas. *As coisas em torno de mim pareciam tão irreais, e elas estavam tão silenciosas, que eu não poderia me conter; eu deveria falar com elas e ver se estavam realmente ali, mas o que eu deveria dizer?* O espaço tende a se reduzir no local onde se encontra ou o próprio sujeito sente-se encolhendo; desconhece a própria voz, que é algo extremamente peculiar e identificador e, finalmente, decreta a inexistência de Deus e dos seres. *Então as paredes começaram a deslizar lentamente se aproximando, o teto vindo abaixo, o piso subindo, como a cela de um prisioneiro que estivesse condenado a ser seu túmulo*.

É bom lembrar que alguns medicamentos apresentam ilusões importantes. Muitos pacientes têm sensações e alucinações. Isso é comum. O que distingue *Cann-i* dos demais é este eixo, que vai da inexistência à eternidade/infinidade no **P-** e **P+**, respectivamente, e cujo deslocamento de um para o outro se processa por intermédio das gradações da teoria e do absurdo.

A dialética afirma que *os contrários se convertem um no outro*, o que equivale em homeopatia à inter-relação entre os polos, ou que se poderia também denominar de dinâmica dialética. Em *Cann-i* há uma tendência a teorizar sobre coisas absurdas, ilusórias, estranhas. O vago, aquilo que tem existência fugaz ou somente imaginária merece contemplação, como se fosse duradouro ou eterno/infinito. Pode-se dizer, então, que nada o encanta nem absorve mais do que criar toda a sorte de especulações e teorias sobre algo absurdo ou ilusório — é uma forma de dar existência às coisas, e fica mais nítido quando acontece em relação ao irreal. Note-se que a fun-

ção, princípio, qualidade ou virtude (**fpqv**) debruçou-se sobre sua própria ausência para demonstrar seu grande poder, sua plenitude. Para que algo exista, é necessário preencher um lugar no espaço e no tempo. Por isso, na hipertrofia de sua **fpqv**, *Cann-i* concede às suas criações um aumento de tamanho e de duração. Aparentemente, ele acredita que, ao lhes imprimir tais propriedades, está assegurando-lhes a existência. Analisando a gradação do P+ cabe realçar a definição de *ilusão*: *alguma coisa, como um plano ou desejo fantástico, que causa uma crença ou percepção errônea*. A percepção equivocada também faz *Cann-i* infundir existência às coisas imaginárias e isso o encanta — e não é, de fato, excelente demonstração de conhecimento (teoria) e criatividade? Para que suas próprias criações, bem como as alheias, que são objeto de sua atenção e sensibilidade, tornem-se dignas não só da existência, mas de profunda contemplação e fascínio, acrescente-lhes as qualidades da harmonia, sublimidade e grandeza, e também no extremo do P+, eternidade e infinitude.

No P- surge estranheza diante das coisas existentes e costumeiras; elas caminham para se tornar irreais. Como absurdo significa também ridículo, tal estranhamento pode ser cheio de riso. De tanto se espantar com alguma coisa, ela se torna um mistério. Veja-se a perda progressiva de conhecimento, discreto na estranheza e embotamento, e que se intensifica no mistério. E por não entender algo, inicia a retirada de sua existência, ridicularizando, zombando ou por intermédio do sarcasmo. Paralelamente, surge o fenômeno do encolhimento contínuo, tornando as coisas menores ou o espaço se reduz, o que pode acontecer de várias maneiras. Ao mesmo tempo, tudo passa a exprimir sinais de temporaneidade, revelando-se circunstancial ou passageiro e pode, finalmente, perder por completo a existência. Um paciente com predomínio de P+ se deleita com teorizações acerca da existência de si mesmo, de Deus, de tudo e de todos. Mas, se houver predomínio da polaridade negativa, pode viver as dúvidas sobre a existência de tais figuras com superlativa angústia e se considerar diante de uma tragédia ou se achar alvo de zombaria. Havendo mescla dos polos, pode teorizar a respeito de seu drama ou rir de suas próprias hipóteses acerca da existência de Deus.

Ressalte-se que o P- se realiza quando se volta sobre o P+ e macula coisas sublimes, tornando-as comuns ou motivo de zombaria. Seu extremo é ridicularizar ou blasfemar convicções ou crenças tidas como sagradas por muitas pessoas, ou ainda lhes negar existência. Por outro lado, a grande vitória do P+ é conceder existência ao imaginário e, de preferência, atribuir-lhe sublimidade, infinitude e eternidade. As variações, objetos e meios dependem, em cada indivíduo, se sintomas são mais discretos ou extremos e de como se mesclam as suas polaridades.

Caso clínico I: Um paciente, sexo masculino, 42 anos de idade, veterinário, não falava sobre si mesmo, sobre seu temperamento, mas teorizava acerca do seu caso. Dizia, por exemplo, que tal característica se devia ao fato de que na infância ocorrera esta ou aquela experiência etc., colocando-se

no papel de *explicador*. Ao relatar sua personalidade, não se envolvia emocionalmente, dando a tudo o seu parecer racional — tudo se explica, tudo se esclarece... Inicialmente respondeu de forma razoável a *Sepia*. Só se prescreveu *Cann-i*, à qual ele respondeu melhor ainda, quando se percebeu sua tendência incontrolável para analisar e teorizar tudo. Esse enfermo não tinha ilusões ou visões, não admirava fantasias, não era cômico nem achava as coisas lúdicas, ou qualquer outro traço mais típico desse medicamento.

Caso clínico II: paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, funcionária pública, se diz encantada com diversas coisas do mundo: seus estudos, seu trabalho, sua atividade religiosa, sua família. Relata momentos de verdadeiro êxtase. Busca também explicações sobre ela mesma em sua história pregressa. E nesta, surgem situações de extrema reverência: *Vi programa sobre um país do oriente — tinha um rio sagrado; me deu uma vontade imensa de me ajoelhar diante da TV que mostrava uma imagem do rio*. Ela tem ainda uma fala referente à sua tendência a teorizar, associada com a busca da harmonia: *Estou sempre agrupando; tentando ver a lógica das coisas; esta mesa; a harmonia do ventilador; sua barba; porque você me olha assim. Me analisando porque eu analiso assim. Tudo tem encadeamento. Tudo tem um lugar; não só físico; o lugar harmônico. Como uma obra de arte*.

Apesar do empenho na procura de efeitos físicos peculiares em *Cann-i* para enriquecer o estudo, poucos itens foram encontrados. Hughes (2001, p. 358) comenta que *as sensações físicas que acompanham aqueles fenômenos não são muitas*. Entretanto, a investigação dos dados existentes parece bastante proveitosa.

Outro aspecto seria a possibilidade de reunir as marcas de *Cannabis sativa* aos de *Cann-i*, como sugere Vithoukias (2009), quando afirma que *muitos sintomas [efeitos] de Cannabis sativa têm sido confirmados em Cannabis indica também. Eu tenho, por esta razão, incluído alguns sintomas inicialmente observados em Cann-s em meu quadro de Cann-i* [observação deste autor]. No presente texto, optou-se por mantê-las separadas, conforme registram os clássicos.

Quanto à interpretação dos fatores selecionados, o valor dos dicionários ficou evidente. Em muitos casos, o significado do termo descortina compreensão importante a respeito daquele dado. Também proporciona informações básicas para se perceber o fluxo da gradação, a evidência do antagonismo e a concordância da analogia. Contudo, não é o dicionário que dita ou impõe acepções, e sim o estudioso que seleciona, entre as disponibilizadas, qual ou quais se ajustam ao contexto daquela MM. A costura do significado de diferentes palavras extraídas do dicionário deve ser direta, sem desvios nem extrapolações. O risco no emprego desse recurso é forçar as associações, lançando mão de sucessivos sinônimos de determinado vocábulo. Entretanto, as correlações devem ser óbvias. O autor admite que como todo instrumento, um período de prática é essencial para se utilizá-lo com destreza e segurança.

Nem todos os elementos exclusivos foram ressaltados, em geral, por não se encontrar razão plausível, a exemplo de *ver um mandarim ou um exército silencioso*. Contudo, pode-se dizer que nos dois referidos há algo de pomposo que merece admiração, o que se enquadra na virtude de *Cann-i*.

Pode-se reforçar o argumento acima lembrando que essa matéria médica tem *ilusão de ver girafa, flores gigantes e de ser hipopótamo*. Note-se que são figuras grandes, particularmente, o primeiro que é o mais alto animal terrestre. Acredita-se que o mecanismo de expandir espacialmente as coisas, visto no P+, tenha sido explorado o bastante para o leitor utilizar o conceito na prática, sem depender da alusão específica a estas figuras. É indispensável conhecer os polos de uma MM e trabalhar com o dinamismo deles, do contrário manter-se-ia na condição de entendimento literal.

O componente pouco expressivo *dor constante no topo da cabeça, como se uma pedra se apoiasse nela*, pode ser correlacionado à “cabeça de pedra”, portanto, com concretude (perda da imaginação), ou ao peso que provoque redução de tamanho.

A visão geral de uma MM permite uma diversidade de arranjos e incontáveis variações. Uma vez conhecida em seu tema básico, as demais notas que surgem na patogenesia ou na clínica encaixam-se com lógica e propriedade. Assim, considerando o entendimento proposto acima para *Cann-i*, pode-se compreender com facilidade os dois trechos a seguir: 1. *Eu me arrastava num estado de inexprimível vergonha. Eu me encolhia, ocultando-me. Eu olhava minhas vestimentas e percebia-as imundas e laceradas como as de um mendigo*. 2. *Quando seus amigos deixaram o quarto, ele pensou que o haviam deixado à sua sorte e escreveu “covardes” em suas notas*. Os dados *vergonha, mendigo e covarde* aparecem isolados em *Cann-i*. Não se constatou nenhuma outra manifestação semelhante (analogia), intensificada (gradação) nem oposta (antagonismo). Mas, pode-se associá-los ao desprezo, ironia, sarcasmo e inexistência que caracterizam o P-.

Seria proveitoso o estudo diferencial com alguns medicamentos que apresentam relação também com a **existência**: *Camphora, Agnus castus, Nux moschata e Thuja*, ou com a **dualidade**, a exemplo de *Baptisia, Anacardium e Petroleum*, entre outros, e ainda acerca da oscilação do próprio tamanho, conforme se verifica em *Sabadilla*. Além disso, cabe o diagnóstico diferencial com outras MM que engrandecem as coisas, a exemplo de *Dulc*, estudada anteriormente. Lá, o crescimento leva a transtornos graves, e polariza com o desaparecimento; aqui, é motivo de contemplação, e, de preferência, tal expansão incide sobre algo inexistente.

No entanto, quando uma MM é bem investigada, alcançando-se uma compreensão lógica e coesa entre seus polos e múltiplos dados, a comparação com outras constitui tarefa simples. Cabe ressaltar que a tentativa de individualizar qualquer uma em função das diferenças com as que ostentam dados semelhantes evidencia uma premissa equivocada. O medicamento deve ser fundamentado, antes de tudo, em si mesmo, graças ao significado de

suas próprias características e da relação que guardam entre si, e apenas depois é que se deve compará-lo às demais MM.

* * *

Embora esta Discussão se refira a *Cann-i*, muitos aspectos se aplicam ao método dialético (MD), de forma geral.

Pode-se constatar que os dados de determinada MM tendem a reproduzir o mesmo tema, seja na relação da pessoa consigo mesma, seja em sua interação com o mundo. O estudioso vale-se desta manobra para ampliar a aplicação de algum efeito, caso exista informação na literatura apenas numa dessas vertentes. Por exemplo, perante *a ilusão que espanta pavões com as mãos (Hyoscyamus)*, admite-se que também possa se considerar um deles; ocorrendo a *sensação de ser negligenciado (Palladium etc.)* (CLARKE, 2009), cabe inferir que atribuirá idêntico sentimento aos outros.

A maioria dos autores costuma repetir os efeitos relacionados nos clássicos ou agrupá-los, não definindo a relação existente entre eles. Portanto, até o ponto em que se pôde acessar, não há registro de algum estudo que avance na compreensão global e profunda de *Cann-i*, porém, uma das limitações deste trabalho é sua bibliografia, pois sua principal fonte é o banco de dados do software *Encyclopaedia Homeopathica*.

Quando os dados de uma MM integram-se num tema único e opõem-se em dois polos complementares, os quais se ramificam de modo progressivo e analógico, então, as conclusões têm uma chance enorme de facilitar a aplicação bem sucedida na clínica.

A escolha de *Cannabis indica*, para exemplificar o MD, cumpriu a meta de vencer um desafio. Sabe-se da complexidade dessa MM e exuberância de efeitos interessantes e exclusivos, portanto, chegar a uma síntese não é empreitada fácil. A presente análise deve contribuir para a sua utilização.

Aparentemente, não existe uma metodologia de estudo de MM melhor do que as demais. No entanto, não dispor de nenhum método científico que oriente o aprendiz parece ser uma lacuna grave, em particular, nos cursos de formação. Os alunos ficam dependendo da capacidade, aparentemente mágica ou intuitiva do professor, causando-lhes uma sensação de impotência diante da complexidade da MM. Vale lembrar o axioma já citado anteriormente: *Não há ciência sem o emprego de métodos científicos*. O MD pode ser um instrumento de trabalho do professor, acessível ao estudante, criando um campo de diálogo entre ambos, comparando resultados e uniformizando a estratégia de procedimentos.

Finalmente, recomenda-se a eventuais interessados em se exercitar no MD que a leitura reflexiva nos originais da literatura mística e religiosa pode constituir um excelente treinamento. Neles, as afirmativas e metáforas estão repletas de antagonismos e hipérboles. No Taoísmo antigo, por exemplo, é famosa a fábula de Chung Tzu. Ele refere uma experiência onírica em que

se sentia uma borboleta voando, mas quando acordou levantou uma dúvida existencial: seria ele agora uma borboleta sonhando ser Chuang Tzu? O mesmo acontece com a dualidade cabalista, onde Deus abarca o Universo, mas Ele próprio não é abarcado por nada. Ele é criador e criação. No Evangelho, em especial, as metáforas de Cristo refletem contradições sobre variados assuntos e espalham-se no diversos versículos, a exemplo de exaltar a paz e depois indagar pela espada. Contudo, às vezes, o paradoxo na palavra de Cristo pode apresentar-se ainda numa única expressão: *porque aquele que quiser salvar sua vida, perder-la-á e quem perder sua vida por amor de mim, acha-la-á (Mat, 16:25)*. Refletir longamente sobre cada afirmativa evangélica, localizando sua antítese e a respectiva síntese, representa um exercício fantástico para o raciocínio (VIEIRA, 2013).

DINÂMICA DIALÉTICA

No estudo da matéria médica, o título de cada tema também deve, de preferência, constar uma característica do P+ e uma do P-, que sintetize o seu próprio conjunto. Geralmente, é de pouco valor para quem não esmiuçou aquela MM porque desconhece suas gradações e analogias. Contudo, representa recurso de considerável potencial mnemônico.

Os polos de uma MM se inter-relacionam de um modo único. Assim, a ideia de *revestimento* mostra-se importante em *Magnesia carbonica* e em *Hyoscyamus*, sendo que no primeiro é no sentido de proteção, e no segundo de envoltório. Em *Mag-c* o revestimento depende da harmonização entre as partes para cumprir sua função protetora, ao passo que em *Hyos* adquire o significado de encobrir/descobrir. A citada harmonia de *Magnesia carb* deve ser distinguida da que vimos acima, de *Cann-i*, pois neste caso o que vale é contemplar e não a proteção. Da mesma forma que possivelmente não exista efeito exclusivo de nenhuma substância, o mesmo aconteça com os temas — aqueles aparentemente iguais devem ser diferenciados entre si, pelas suas peculiaridades.

A compreensão da **dinâmica dialética** parece contribuir sobremaneira para o uso racional dos medicamentos. O emaranhado de símbolos e ilusões tem provocado uma dispersão no raciocínio, dificultando a escolha do remédio, assim como acontece com os quadros brandos, isentos de efeitos peculiares.

Outro padrão de comportamento, equivalente à *dinâmica miasmática*, pode ser observado através da dialética, como ficou esboçado acima. Merece enfatizar que o P+ se realiza quando vence o negativo e vice-versa. *O conflito é interno*, como estabelece uma de suas leis. **Cann-i** demonstra isso com clareza: o P+ concede existência a coisas imaginárias e chega a contemplar objetos naturais como sublimes; o P- nega, ridiculariza e descrê da existência de figuras reais ou até mesmo sagradas. Portanto, a *dinâmica dialética* centra a análise no próprio fenômeno — MM ou paciente — reduzindo-o ao ser e o não ser, e, desse modo, enxuga os elementos participantes do processo, ao invés da tradicional trindade miasmática, composta por psora, sífilis e sicosose — de concepção puramente organicista em seu original — conforme Eizayaga (1972, p. 298).

Por outro lado, o movimento dialético pressupõe uma oposição mútua entre os dois polos, em que a negação nunca pode ser vaga ou genérica. A virtude ou qualidade exacerbada no P+ será obrigatoriamente negada,

destruída, corrompida, aviltada etc. no polo contrário, a exemplo do amor em *Natrum muriaticum*, que se hipertrofia em paixão no P+ e se degenera em ódio no P-. Se o tema fosse amizade, poderia surgir união exagerada no P+, entretanto, caso o P- indicasse prisão ou ignorância, que correspondem perda de liberdade e conhecimento, respectivamente, alguma coisa estaria errada, pois é indispensável que haja coerência entre os polos, portanto, o P- exige, nesse caso, alguma forma de inimizade.

A contradição encerra dois termos que se opõem: para isso, é preciso que seja uma unidade, a unidade dos contrários. Exemplos: existe, em um dia, um período de luz e um período de escuridão. [...] dia e noite são dois opostos que se excluem entre si, o que não impede que sejam iguais e constituam as duas partes de um mesmo dia de 24 horas. [...] Portanto, existe unidade entre os contrários, apresentando-os em sua unidade indissolúvel (LAKATOS; MARCONI, 2004, p. 88).

Exemplifica-se ainda com determinada função orgânica que, uma vez ausente, manifesta-se de forma específica e unívoca: a perda da capacidade auditiva corresponde à surdez e nunca à cegueira ou anosmia. Assim, a deficiência em qualquer virtude gera um quadro peculiar e exclusivo, que não permite confundir com a falta de nenhuma outra, ainda que aparentada.

Além disso, o **princípio da gradação** liga os sinais que compõem cada polo, tornando-o coeso e com identidade própria e, simultaneamente, acopla-o ao seu contrário, unindo-os entre si de forma visceral pela complementaridade recíproca. Há uma expansão progressiva numa direção (P+) e, ao mesmo tempo, uma redução crescente no sentido contrário (P-). Desse modo, o extremo de cada polo cria imagens e figuras que ultrapassam o simples aumento ou diminuição da respectiva virtude ou função, aplicando-se assim o princípio da dialética conhecido como **passagem da quantidade à qualidade**. E exemplifica com o caso da água:

Partindo, por exemplo, de 20º e começarmos a elevar sua temperatura, teremos sucessivamente, 21º, 22º, 23º [...] a mudança é contínua [...] mas, ao chegar a 100º ocorre uma mudança brusca, qualitativa. A água transforma-se em vapor. Agindo ao contrário, esfriando a água [...] chegando a 0º, nova mudança brusca, a água transforma-se em gelo (op. cit.).

Traduzindo a citação acima em linguagem homeopática, imagine-se a água como virtude e a partir disso, duas hipóteses: se o tema for leveza, fluidez ou equivalente, a água se apresentará no P+ como vapor e a modalidade melhora pelo calor, enquanto que no P- será gelo, com melhora pelo frio; mas se o tema for concentração, densidade ou algo semelhante surgirá o gelo no P+ e a modalidade piora com o aquecimento, ao passo que manifestará o vapor no P-, junto com a agravação pelo frio.

Sem desprezar a histórica contribuição da teoria miasmática, iniciada por Hahnemann e aperfeiçoada por vários autores, pode-se conjecturar que a dinâmica dialética parece facilitar o trabalho com os dados da matéria médica, além de centrar o raciocínio nos seus próprios dados. O estudo dos miasmas parte da angústia existencial ou sofrimento básico — psora — e entende que síscose e sífilis correspondem a duas defesas, a destruição e a autoafirmação, respectivamente. *...o sujeito estará sempre inconformado, pois nunca acalmará sua angústia psórica e, então, continuará aumentando seus mecanismos de defesa.* (ELIZALDE, 2004, p. 31-2). A visão dialética compreende que há uma virtude (ser) e a sua própria ausência (não ser). Assim, em *Lycopodium*, existe o *poder* como qualidade ou tema, que aumenta progressivamente no P+, exibindo intolerância à contradição e ditatorial, entre outras características, e diminui também gradualmente no P-, demonstrando falta de confiança em si mesmo e sensação de desamparo etc.

Desse modo, existe uma virtude, qualidade, princípio ou função que se engrandece ou se exacerba no P+ e que se contrai ou se anula no P-. A forma de manifestar o seu exagero é voltar-se e impor-se sobre o seu antagônico, de modo a impedir qualquer expressão de carência de seu próprio dom. Portanto, o P+ não pretende se autoafirmar perante o mundo, mas em relação a si mesmo, como se decidido a extinguir o seu lado negativo.

De forma análoga, a tendência do P- é a dissolução de sua própria qualidade ou virtude. Quanto mais extremo o efeito, em qualquer uma das polaridades, maior é a sua tentativa de aniquilar o polo contrário. Isso corresponde a um princípio clássico da Dialética: a contradição entre as duas metades é interna.

Toda realidade é movimento e não há movimento que não seja consequência de uma luta de contrários, de sua contradição interna, isto é, essência do movimento considerado e não exterior a ele. Exemplo: a planta surge da semente e seu aparecimento implica o desaparecimento da semente. [...] As contradições internas é que geram o movimento e o desenvolvimento das coisas (LAKATOS; MARCONI, 2004, p. 88).

Com frequência, vê-se um duelo entre as polaridades que, em determinados pacientes, atinge grande proporção. Transparecem lesões no corpo com marcas simultâneas de hipertrofia e destruição, projetando no corpo o P+ e P-, respectivamente.

SINTOMA HOMEOPÁTICO

Sintoma significa:

1. *Qualquer evidência subjetiva de doença ou da condição do paciente, ou seja, tal evidência como percebida pelo paciente; uma mudança nas condições do paciente indicativa de algum estado físico ou mental.* (HERITAGE, 1992)
2. *Um sinal ou uma indicação de desordem ou doença, especialmente quando apresentada por um indivíduo como mudança de função, sensação ou aparência normal.* (Idem).

Cabe lembrar que...*numa enfermidade [...] não podemos perceber nada mais que os sintomas, [...] devem ser somente eles o meio pelo qual a enfermidade pede e indica o remédio conveniente...* (HAHNEMANN, 1994, par.7). A manifestação individualizada da doença significa que o homeopata observa cada paciente com seus aspectos singulares, incluindo elementos psicológicos e orgânicos do mesmo processo. Assim, o profissional necessita desenvolver um enorme senso do que é sintomático em cada caso. Eizayaga (1972, p. 99) assevera que *os sintomas são um modo anormal de sentir, de ser e de agir. São a expressão de 'algo anda mal' no estado psicológico ou orgânico de uma pessoa...* Depreende-se que qualquer alteração pode alcançar o status de sintoma e, portanto, servir de indicador para a repertorização e escolha do medicamento.

A literatura encontra-se repleta de classificações e hierarquizações de sintomas. A maioria delas carece de fundamento. Na verdade, pode-se vê-las como tentativas frustradas e preconceituosas de organizar os dados clínicos. Destaca-se, porém, a pretensão equivocada de dividi-los em mentais, gerais e locais, atribuindo-lhes importância cada vez menor, respectivamente. Freeman (2003, p. 49) se deu ao trabalho de analisar os mais diversos agrupamentos, creditando-lhes algum mérito, contudo, ele próprio afirma que *a prescrição para ser curativa, necessita invariavelmente ser baseada nos sintomas incomuns do caso.*

O fato de ser sintoma mental, geral ou local não significa, a priori, que tenha valor diferenciado. *...os sintomas locais comuns podem em certas circunstâncias assumir um valor comparativamente alto. [...] a coriza com poliúria de Calcarea carbonica é um bom exemplo* (MILLER, 2003, p. 32).

Assim, extrai-se um conceito válido e de extrema utilidade: os sintomas mais úteis como indicadores para se prescrever são os **raros, estranhos e peculiares**, já que permitem a individualização do paciente. Descartam-se, pois, os dados comuns, exceto quando se sobressaem pela intensidade, transformando-se em distintivos daquela pessoa. Analise-se a irritação, a calma, a ansiedade, a timidez, dentre outros, que são traços comuns no ser humano. Todavia, mostram-se tão acentuados em determinados sujeitos, que devem obrigatoriamente integrar a repertorização do caso.

Mas, não basta um ou escassos sintomas peculiares para efetuar a seleção medicamentosa. Há que se lograr a totalidade:

Devemos sempre manter em mente que deve haver uma correspondência geral entre todos os sintomas do paciente e aqueles do medicamento e que, não importa quão úteis os sintomas peculiares possam ser, chamando nossa atenção para certos remédios, ainda assim não são nossos únicos guias; no final das contas, é a totalidade de sintomas que determina a escolha. (MILLER, 2003, p. 32)

Diante de tal comentário, observa-se patente conflito. Além desse antagonismo entre totalidade e peculiaridade, há ainda a questão dos sintomas do paciente e da enfermidade — outra classificação preconceituosa — e existe quem faça a defesa dos itens oriundos do paciente, considerando-o desvinculado de sua própria afecção. *Devemos confiar especialmente nos sintomas que representam o paciente, e Hahnemann determina que temos que dar atenção especial e quase exclusiva a estes sintomas que são peculiares a, ou característicos do paciente e não aqueles que comuns à enfermidade (HAYES, 2003, p. 10).*

Tal postulação evidencia notório equívoco. Qualquer doença faz parte do indivíduo. É facultado ao homeopata tomar sintomas para a repertorização, seja do paciente, seja da patologia, desde que peculiares. Assim, a sede aumentada representa alteração de baixo valor individualizante tanto no diabético como no portador de outra patologia. Mas, a sede modalizada pode ser um dado característico. Wright (1995, p. 46), apesar de admitir uma classificação na qual o sintoma mental teria mais valor que o físico — demonstrando preconceito — corrobora o entendimento deste livro quando afirma: *...uma mulher se queixa de indigestão, e admite medos exagerados — o medo, sendo um mental, suplanta em importância os sintomas gástricos; mas, se esta mulher apresenta uma dor severa no estômago e um medo insignificante, a dor, sendo um fator de maior relevância no quadro, suplanta o medo.*

Conclui-se que existe óbvio embate entre a totalidade de sintomas, por um lado, e a peculiaridade, pelo outro, e o texto focalizará esse confronto com mais detalhes adiante.

Totalidade e peculiaridade

O estudo da matéria médica, verdadeira nosologia do sujeito, constitui magnífica contribuição ao conhecimento médico, comparável ao aporte de informação relativa à patologia, promovido pela medicina convencional. De fato, a investigação dos dados durante a consulta visa descobrir em qual matéria médica ele se encaixa. A consecução desse objetivo representa um grande desafio para o profissional. Via de regra, todos os autores reconhecem que é necessário ter um conjunto de dados individualizantes, ou seja, peculiares do enfermo como base para uma prescrição.

Note-se, antes de tudo, que a entrevista busca revelar os diversos aspectos de uma pessoa em seu levantamento sintomatológico e, ao mesmo tempo, diferenciá-la de todas as demais. São dois objetivos simultâneos e complementares. Para se diagnosticar o paciente tem que se desvendá-lo em sua inteireza — mente e corpo — e, também, perceber os seus traços mais típicos, que o distinguem de todos os outros sujeitos. A primeira meta pede volume de dados e a última requer seleção, sob o crivo da peculiaridade. A seguir, aprecia-se cada item isoladamente.

- a) **totalidade** — em princípio, a pessoa não adoece apenas localmente. Há uma multiplicidade de alterações que acontecem desde os primórdios do adoecimento até sua manifestação ostensiva. São dados de temperamento e orgânicos, contemplando atitudes, reações, sentimentos, significados, medos, sensibilidade, imaginação, alterações sensoriais, disfunções, resposta ao clima, variações relativas ao apetite, sede, sono, sonhos e transpiração, além de distúrbios locais. Há que se investigar diligentemente todas as possíveis perturbações, mesmo aquelas distantes no tempo e do lugar ou sistema onde residem as queixas recentes. *Parece cada vez mais comum a tendência a aumentar a 'totalidade' a ser buscada nos pacientes* (HAYES, 2003, p. 6).

O homeopata não despreza nenhuma informação, ainda que sem vínculo direto com a patologia ou com o estado físico da doença. Se o problema é respiratório e o paciente refere suor nos pés durante o clima frio, o dado entra na computação porque faz parte do sujeito. Se o quadro sugere infecção urinária, e aparece relato de medo de espíritos, não se rejeita a informação. Em tese, todos os dados têm valor. Eles compõem a figura humana, retratando o seu modo de existir e sofrer, amar e reagir.

- b) **peculiaridade** — cada sintoma que foi coletado passa agora por um filtro, cujo critério é a individualização, sendo que quanto mais *raro, estranho e peculiar*, maior valia para esse objetivo. Caem por terra todas as classificações que conferem valor *a priori* à alteração dependendo de sua classe ou categoria, a exemplo da afirmativa de

Dabbah (1990, p. 37): *são sintomas de maior hierarquia, as ilusões quanto ao que lhe acontece e o que acontece aos outros.*

Por outro lado, a autora continua: *as ilusões são sintomas característicos, modalizam os comuns. Por exemplo: 'ilusão que é negligente', modaliza a ansiedade de consciência, facilitando encontrar o remédio.* Aqui se pode consentir inteiramente com a proposição: a culpa não está genérica, mas bem caracterizada através da modalidade negligência. Nesse diapasão, harmoniza-se com a declaração de Wright (1995, p. 45): *Tais sintomas comuns são destituídos de valor do ponto de vista da prescrição homeopática, a não ser que avalizados por modalidades.*

Vale ressaltar que o critério **totalidade** tem sido mais utilizado por George Vithoulkas, que chega a colocar cerca de trinta sintomas para executar uma repertorização. Naturalmente, que o grande inconveniente da conduta é trabalhar quase sempre com os **policrestos**, já que esses surgirão com maior frequência dentre os medicamentos indicados. Não espanta que ele tenha arrebanhado tantos discípulos e obtido premiação internacional. Despida de outros raciocínios, a soma de itens lembra o método quantitativo, mais fácil de ser entendido e mais próximo do pensamento científico em voga.

Em relação à **peculiaridade**, bastante valorizada na homeopatia sul-americana, atingiu o ápice na abordagem proposta por Masi Elizalde. Paradoxalmente, a redução do paciente a algumas alterações especiais exige o desenvolvimento de habilidade complexa. Assim, apesar do valor que se confere à totalidade, deve-se priorizar o peculiar. *Consequentemente, todos esses métodos mecânicos estão fadados ao fracasso, isto porque a qualidade sempre será infinitamente mais importante do que quantidade* (MILLER, 2003, p. 23).

No entanto, urge conciliar totalidade e peculiaridade como duas metades complementares de uma unidade, resultando naquilo que se convencionou como *totalidade característica* — **TC** —, possibilitando trabalhar com o sujeito como um todo sem se perder no emaranhado de informações. Quando se obtém muitos dados, mas a peculiaridade dos mesmos é baixa, pode se afirmar que o levantamento não produziu a individualidade necessária para a intervenção. Pelo outro lado, se existem dados peculiares em profusão há um risco de fracasso terapêutico, pois eles costumam indicar diferentes medicamentos. Kent (1995, p. 64) parece congraçar esses aspectos quando assevera: *Geralmente é conveniente abreviar o trabalho tomando um grupo de três ou quatro sintomas essenciais de um determinado caso, fazendo um resumo e eliminando todos os remédios não encontrados em todos os sintomas essenciais.*

A investigação clínica procura obter algumas singularidades, formando a TC, que deve indicar alguns medicamentos, dos quais o profissional seleciona apenas um para efetuar a prescrição. Pode-se compreender, então, que os sintomas peculiares representam uma espécie de síntese, cujos marcadores facilitam a identificação, tanto do paciente como da MM. A obtenção do *conjunto característico* representa a principal estratégia da anamnese.

Além desta prescrição baseada na TC, é possível se calcar em apenas algum dado muito chamativo, denominado *Keynote* — ou *Sintoma Guia* — e que aponte para apenas uma ou pouquíssimas matérias médicas. É recomendável, sempre que existam informações disponíveis, fazer a comparação entre a TC e a MM. Entretanto, na ausência de patogenesias sobre a substância ou de maior conhecimento sobre o paciente, pode-se recorrer ao artifício de prescrever sobre uma única evidência peculiar. Depreende-se que tal reducionismo diminui as chances de uma resposta global, já que dispõe de embasamento precário.

Desse modo, não basta ser um dado profundo, como ilusão ou sonho; é necessário que ele contenha aspectos raros ou estranhos ou peculiares, ou ainda, que esteja bem modalizado a fim de contribuir para a individualização. Consta no repertório uma grande quantidade de ilusões que não se encaixam nesses critérios e têm pouca utilidade, além de raramente aparecerem na clínica; contudo, servem de elemento — geralmente simbólico — para o estudo da respectiva MM ou para a compreensão da dinâmica psicológica do paciente. Exemplo: *imagina que peças da mobília são pessoas* (ALLEN, 2009).

Um sintoma desse tipo provavelmente só aparecerá na clínica, de forma literal, em casos psiquiátricos. Mas, no sentido figurado pode-se presumir que o medicamento — *Natrum phosphoricum* — e o respectivo paciente desenvolvem um relacionamento singular com a mobília, outorgando-lhe personalidade e propriedades vitais. Ampliando o dado para o uso simbólico, cabe trabalhar com a hipótese de que o indivíduo conceda a outros elementos, não só aos móveis, mas igualmente às plantas e grande variedade de objetos o potencial de um relacionamento, que pode até ser carregado de afetividade por parte do sujeito, porém nulo quanto ao intercâmbio, já que o agente externo é inanimado. Como possíveis ilustrações citam-se o romance *Meu Pé de Laranja Lima*, de José Mauro de Vasconcelos, e o personagem principal do filme *O Náufrago*, interpretado por Tom Hanks.

Registre-se que o enfermo não diz necessariamente o que significa a sua atitude. No exemplo acima, ele pode não informar ao que lida com algum objeto imprimindo-lhe identidade e vida. Em muitos casos, o indivíduo apenas descreve o fato. Ele o faz porque sabe ou intui que representa algo singular, todavia não seria capaz de definir o seu próprio comportamento. Ou então, por incompreensão e inconsciência do que representa seu processo de adoecimento. Portanto, é função do médico associar a narrativa com algum dado do repertório ou da matéria médica.

Regressando aos aspectos mais objetivos do relato do paciente, é necessário pesquisar alguma singularidade qualquer, ou seja, um distintivo ou modalidade que associe tal sintoma a determinada circunstância. Entre as mais comuns, destacam-se, exemplificando:

- I. Melhora: dor de cabeça que melhora andando de carro.
- II. Piora: adormecimento nos membros agrava quando deitado.
- III. Temporais: tristeza ao entardecer, mal-humorado ao acordar.

- IV. Sequenciais: diarreia após a menstruação, ansiedade antes de chuva.
- V. Causais: queda de cabelo depois de susto, transtorno por ser desprezado.
- VI. Simultâneas: dor de cabeça enquanto conversa; náusea durante leitura.
- VII. Alternantes: raiva alternando com arrependimento rápido, asma alternando com cefaleia, mãos e pés com parestesia alternadamente; inapetência alternando com apetite aumentado.
- VIII. Periodicidade: queixas retornam à mesma hora, ou com intervalos semelhantes.
- IX. *Emoções: cólera, mágoa, pranto, depressão, lamentos, mortificação, reprovações, sustos, excitação etc.* (DABBAH, 1990).
- X. *Funções: comer, desjejum, almoço, jantar. Beber vinho, álcool, café, cerveja, bebidas frias. Evacuar, urinar, transpirar. Coito. Menstruação, gravidez, amamentar, menopausa. Dormir, despertar etc.* (idem).

Observe-se que as célebres perguntas que o jornalista aplica numa entrevista servem de referência:

1. O que — caracterizar bem a queixa: é dor ou dormência? Dificuldade para salivar ou para engolir? Tristeza ou angústia? Desespero ou mortificação? Fraqueza ou embotamento? Vertigem ou náusea ou ambas?
2. Por que — estabelecer bem se há causalidade: a alteração ocorreu após tal fato, sugerindo uma consequência. Exemplo: ficou agressivo depois de ter o seu pedido de namoro recusado; entrou em depressão em seguida à reprovação no concurso.
3. Como — obter a descrição em detalhes e, se possível, modalizada do que já foi dito. Ex: como é agressividade dele? Fale-me sobre a sua depressão, como você fica ou como você se sente? Como é essa dor? Com o que ela se parece? Como ela se comporta desde o início até ao fim.
4. Quando — a queixa tem relação com algum horário? Apresenta periodicidade? Varia de acordo com o passar do tempo?
5. Quem — o sintoma está relacionado com alguém ou com alguma circunstância? Qual fator externo a influencia para diminuir ou aumentar?
6. Para que — o distúrbio é seguido de outra mudança? Após determinada alteração aparece algum incômodo novo?
7. Onde — a) no corpo: especificar com clareza a região, órgão ou função acometida; b) no ambiente: registrar com segurança caso haja relação com qualquer local. Exemplo: agrava em lugares fechados.

Nenhum dos critérios acima é mais importante que os demais, pois cada um por seu turno — dependendo da queixa — necessita ser aplicado com a devida prioridade.

Afora a **modalidade**, isto é, algo que modula qualquer traço ou característica, existe mais um aspecto fundamental para valorizar determinado sintoma: sua ascendência sobre os demais. Um paciente pode desenvolver uma série de atitudes e reações em função de algum sentimento ou conceito, ao qual geralmente não atribui grande importância. Assim, um medo de fracassar o influencia de tal modo, que o indivíduo pode se recolher progressivamente, sem consciência do verdadeiro motivo de seu alheamento ou depressão ou revolta. Os programas de repertorização eletrônica já contemplam a intensidade, permitindo conferir um peso diferenciado e que varia, por exemplo, de um a quatro.

Compete ainda analisar que determinado comportamento pode ser saudável num indivíduo e patológico em outro, dependendo do sentimento e significado com que cada um o vivencia.

Portanto, o enquadramento do relato à conta de sintoma deve pesar dois aspectos:

1. O contexto social em que o sujeito encontra-se inserido, cujos valores servem de parâmetro relativo;
2. O seu julgamento em relação a si mesmo, atribuindo importância exagerada ou diminuída aos seus próprios sentimentos, atitudes ou palavras.

Assim, determinado comportamento pode ser taxado como sintomático, com base na descrição do paciente, ainda que ele não tenha consciência de seu aspecto patológico. Depara-se com tal fenômeno em indivíduos que apresentam diversas atitudes originadas por uma sensação (medo, ilusão, ansiedade etc.) muito profunda e esta o influencia de forma generalizada, apesar dele não imputar relevo àquele aspecto. Ex: o doente se mostra muito vulnerável à violência e se preocupa com o risco do filho de doze anos sofrer abuso sexual, já que fica sozinho em casa durante parte do dia. Isso engendra um comportamento excessivamente cauteloso no pai, o qual permanece tempo exagerado em sua própria casa. Todo o processo culmina com um acidente grave que o constrange a permanecer no lar e, conseqüentemente proteger o filho, durante alguns anos.

Por outro lado, é possível conferir a uma sensação ou conduta um valor que não é coerente, e tornar esse sentimento mais importante do que o próprio fato. Por exemplo, imagine-se que alguém descreve um pequeno desliz, todavia demonstra grande mortificação perante aquilo que considera errado — neste caso, o dado a se tomar é culpa ou escrúpulo, e não a suposta falha.

Pode-se ainda refletir que um relato alcança o status de sintoma homeopático pelo aspecto quantitativo ou qualitativo. Se o escrúpulo em

demasia caracteriza-se como alteração, a sua escassez ou ausência — bem como de qualquer outro item constitutivo do ser humano — também pode se tornar relevante. O exagero leva à compulsão por determinada coisa, ao passo que a falta conduz à aversão. No tocante ao modo qualitativo, cabe lembrar que toda manifestação imprópria se encaixa nessa categoria e tende a evoluir para a perversão. Se a redução de afeto resseca o sentimento de uma pessoa em relação aos seus próprios filhos, ela pode ultrapassar as fronteiras da indiferença ou negligência e atingir o limiar da agressividade e dureza de coração. A dialética ensina que a mudança quantitativa evolui para se transformar em qualitativa.

É importante a compreensão plena do objetivo derradeiro da investigação na clínica: juntar um grupo de sintomas característicos e formar, através deles, uma totalidade peculiar. No entanto, ao avaliar a resposta terapêutica, amplia-se a visão e acompanha o paciente em seu todo, desde o sentimento mais profundo à superfície da pele e dos pelos. Portanto, a TC representa um artifício de técnica para individualizar tanto o doente como a matéria médica. Para atingir essa finalidade, a consulta deve obedecer a uma série de recomendações, que estudaremos posteriormente. Agora, importa examinar o significado do sintoma no ser humano.

O significado do sintoma

É necessário reconhecer o valor das palavras do paciente. *Surgem dificuldades ao estudar isoladamente os sintomas, pois eles formam parte de uma totalidade e na maioria das vezes, associam-se e inter-relacionam-se harmonicamente, dando uma imagem coerente, um perfil definido* (DETINIS, 1987, p. 10). Qualquer que seja o fato, este adquire a natureza que lhe for atribuída, podendo assumir o significado mais diferente e imprevisto. Assim, quando o indivíduo diz que o acontecimento o magoou, fica claro a identidade que ele impôs ao vivenciado. O que surge classificado espontaneamente como mágoa, poderia ter sido enunciado também como tristeza, absurdo, decepção, horror, provocação, surpresa, desonra, ofensa, crueldade etc.

Assim, acontecimentos muito semelhantes ou idênticos assumem, no íntimo das criaturas, sentidos tão diversos quanto a espécie humana. Verifica-se que o sujeito estipula ou dá nome ao que ele próprio experimentou no circuito da vida. As experiências, na verdade, são neutras e a pessoa é que lhe concede significado, características, enfim, identidade. Aqui é notável o parentesco com a pesquisa qualitativa: *...não é diretamente o estudo do fenômeno em si que interessa a esses pesquisadores, seu alvo é, na verdade, a significação que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam* (TURATO, 2005).

Exige-se ainda a tarefa de checar o entendimento do paciente acerca de suas próprias palavras. Embora seja um cuidado óbvio, merece lembrar que ocasionalmente se depara com alguma confusão entre um termo e o seu respectivo significado. A pessoa refere-se à desconfiança, mas seu pró-

prio relato sugere ciúme; queixa-se de falta de respeito, porém a análise do discurso conclui pela sensibilidade demasiada à rudeza etc. Neste caso, havendo conflito entre o título empregado e a respectiva descrição, prioriza-se o conteúdo, o histórico do dado, sem abandonar de todo o nome conferido pelo narrador da história.

Além da dificuldade inerente ao enfermo, há que se observar as limitações do profissional. Controlar os seus preconceitos implica estar atento para com suas próprias crenças. As convicções pessoais levam-no a se inclinar a favor desta ou daquela atitude, considerando-a adequada, se combina com as suas, e, sintomática, quando fere os princípios que estima. O homeopata deve sair de si mesmo e colocar-se no lugar daquele que se expõe: sentir com o seu coração e pensar com o seu raciocínio. É indispensável abstrair-se de sua tábua pessoal de valores. Em segundo lugar, deve proceder a análise do relato conforme o meio cultural em que o outro está inserido. Uma atitude muito comum naquela sociedade, ainda que patológica, não requer grande predisposição do sujeito para ser evidenciada. Para se selecionar esse tipo de dado há que ser muito intenso ou ter um significado especial ou profundo para o paciente.

Acrescentem-se aqui as flutuações culturais que tendem a influenciar muito o senso crítico da população. Tome-se, por exemplo, a separação conjugal: impensável e inadmissível, até meados do século XX, generalizou-se nas décadas seguintes e hoje parece obrigatória — para muitas pessoas — em determinadas situações. Convém ficar muito vigilante para não se posicionar contra ou a favor de algo e sim auscultar se a escolha do paciente é autêntica, quais os seus verdadeiros motivos, e quão saudável ou doentia essa postura se revela.

Alguns autores conceituam a enfermidade homeopática como a perda de *liberdade*. Isso merece não só ser bastante refletido, bem como rever a definição dessa faculdade: *Caráter ou condição de um ser que não está impedido de expressar, ou que efetivamente expressa, algum aspecto de sua essência ou natureza* (AURÉLIO, 2004). O ser humano, conforme essa definição e se totalmente livre, encontrar-se-ia em condições de exercer sua predisposição e idiossincrasia de modo pleno. Mas, isso o conduziria ao estado de absoluto isolamento porque expressaria sua essência exclusivamente para si mesmo. A necessidade premente de relacionamento faz com que se restrinja a manifestação de si próprio e respeite o direito que o outro tem de expressar-se. Isso cria um campo comum e consensual para a convivência.

Esse terreno compartilhado possibilita o intercâmbio. As palavras, atitudes, posturas devem ter significado comum a ambos interlocutores e ser mutuamente aceitas. Quando não, o relacionamento torna-se ruim, desgastante ou inviável.

Portanto, é graças à existência de sensações comuns que cada sujeito — obviamente — se comunica e se socializa e, ao mesmo tempo, encobre um tanto a peculiaridade que jaz intimamente em tudo que expressa. Quando essa última se sobressai em demasia, provoca uma reação geralmente propor-

cional de admiração ou rejeição por parte daqueles com quem se relaciona. Na consulta, não cabe, pois, atribuir significado peculiar a todas as atitudes, palavras e gestos do paciente, e sim manter-se receptivo para os dados aos quais ele mesmo realce em sua própria história. Se ele me diz: *Doutor, não sei o que é importante lhe dizer sobre mim mesmo...* Eu respondo: *o que for importante pra você, é importante pra mim!* E já registro que, aparentemente, a importância seja algo relevante para ele.

Evita-se, dessa maneira, valorizar sintomatologia corriqueira e superficial, na tentativa de exaltar-lhe um suposto conteúdo, exceto quando este ou aquele dado sintetiza outros, mais profundos ou abrangentes. Cite-se como exemplo o valor da relação carne e unha, proposta como referência mnemônica para a matéria médica de *Hura brasiliensis*. Transferindo tal compreensão para o paciente, pode-se afirmar que **um gesto, palavra ou atitude só adquirem relevo se o conjunto de dados confere-lhe esta distinção e elevam-no ao papel de símbolo.**

Prescrever baseado em supostas evidências da história clínica ou da observação durante a entrevista sem que elas estejam devidamente respaldadas na *totalidade característica* representa um equívoco, um reducionismo vão, uma inferência perniciosa. **Toda classificação de sintomas a priori é, obviamente, preconceituosa.** Não é o homeopata que atribui valor à alteração, mas o paciente — exceto quando lhe falta consciência para detectar o reflexo de um sentimento ou sensação em suas próprias atitudes, cabendo ao profissional apenas estabelecer deduções ou levantar hipóteses. Além disso, o mesmo dado pode ser muito marcante numa pessoa e de importância desprezível em outro. Observe-se o grau de liberdade com que se deve trabalhar: cada caso é único. Desse modo, lhe é facultado recusar todas as teorias que classificam os sintomas e/ou remédios baseado em qualquer critério ou argumento. O gesto, palavra, imaginação, sonho, símbolo, e todas as demais formas de expressão têm significado e importância individual e intransferível.

Não é raro que surja algum autor propondo uma nova classificação, especialmente, de sintomas, medicamentos e miasmas. Todas, sem exceção, destituem o paciente de seu lugar único, matriz de todos os dados e respectivos significados, tentando enquadrá-lo nesse ou naquele esquema, o que configura uma espécie de estelionato, pois retira do doente o direito de definir o valor de seus próprios indicadores. Todavia, somente o enfermo detém a informação essencial acerca de sua própria vivência.

A capacidade de identificar sintomas peculiares na história clínica e no exame físico constitui um passo básico na formação do profissional e um distintivo do bom prescritor. A seleção dos dados mais relevantes para efetuar a repertorização e, em seguida, a escolha do medicamento indicado para o paciente, exige o cumprimento de várias etapas interligadas. A realização desse complexo procedimento denota a apreensão dos conceitos que norteiam a prática clínica e contribui para a obtenção de bons resultados terapêuticos.

Para tanto, é necessário que se ajude o expositor a voltar o relato para si mesmo, já que o costume é narrar a situação externa. Intercalam-se, então, algumas perguntas do tipo: *como foi que você se sentiu em tal situação? Qual a sensação que você teve diante destes fatos? Como você reagiu a isto? Como você lidou com tais coisas?* Assim, o paciente traz a descrição para os seus próprios sentimentos e percepções e, com frequência, acrescenta à história o significado pessoal. A descrição de seu temperamento e sua trajetória de vida, quase sempre com detalhes emocionantes e regada a lágrimas, incide então no próprio narrador e adquire possibilidade de ser individualizada por ele mesmo, permitindo a decodificação segura na linguagem repertorial ou matéria médica.

A CONSULTA HOMEOPÁTICA

Existe uma regra consagrada no meio homeopático e que merece ênfase: anotar o máximo possível do discurso do doente, conservando-lhe as próprias palavras. É realmente muito difícil obter registros completos, mas tais registros são indispensáveis para a prescrição correta (BANERJEE, 1931, p. 250). O inconveniente de praticar tal recomendação é diminuir o contato visual com o paciente, no entanto, um registro minucioso terá muitas utilidades tanto para a prescrição imediata como em futuras avaliações do caso. O uso do computador, por mais paradoxal que seja, pode amenizar muito o problema, desde que o profissional consiga digitar ao mesmo tempo em que olha para a pessoa à sua frente. Não é difícil e requer pouco treinamento para se alcançar essa habilidade.

Kent (1987, p. 492) enfatiza de modo dramático a necessidade de efetuar um registro meticuloso: *as pessoas deviam também saber que tal registro no papel é de tal forma que o paciente pode se tornar objeto de grande estudo. [...] Qualquer médico que desdenha esse plano mostra quão pouco valor ele atribui à vida humana e o quanto está longe de ser um hahnemano.* Deduz-se que se o profissional não efetua o registro detalhado torna-se indigno da missão à qual se candidata.

O primeiro encargo concernente ao prontuário é a identificação do paciente. Convém romper em definitivo com o hábito de delegar tal incumbência para secretárias ou recepcionistas. *Nome completo, data de nascimento e local, telefone e e-mail, cidade de residência, e nome de quem fez a indicação do profissional* representam os dados mínimos e necessários para esse objetivo. Deve-se evitar alguma informação que induza ao preconceito ou cause constrangimento, a exemplo do endereço, profissão e ou cargo, bem como condição socioeconômica.

No tocante à sequência do questionário, vale dizer que o roteiro não é fixo, mas pode ser seguido, caso o paciente não imprima um rumo próprio. Além da investigação médica habitual, referente à história da moléstia atual, progressiva, familiar e social, e de algum eventual aparelho orgânico em disfunção, o homeopata esquadrinha os seguintes aspectos, pesquisando a existência de qualquer alteração quantitativa ou qualitativa: **apetite, sede, sono, sonhos, suor, clima e temperamento.** Em relação ao último citado, caso o enfermo não o descreva por sua livre iniciativa, pode ser necessário perguntar-lhe, por exemplo: *fale-me sobre o seu temperamento, como que você é.*

Entretanto, no empenho em coletar traços peculiares, o profissional deve se precaver de qualquer indagação diretiva, cuja resposta pode ser resumida em *sim* ou *não*. Desse modo, jamais se induz uma possível resposta, evitando a simples sugestão de um eventual dado, mesmo que muito provável. Esquiva-se até de introduzir algum tema, preferindo suscitar mais informação acerca daqueles já iniciados espontaneamente. Assim, é praxe lançar mão de questões do tipo: *o que mais? Como assim? Fale-me mais sobre tal situação, sentimento, sensação ou experiência* — desde que já referidas livremente pelo próprio paciente. É vedada terminantemente ao profissional a introdução de palavras que nomeiem qualquer sensação, atitude ou lembrança NÃO mencionada antes, pois isso equivale a contaminar o campo clínico onde se desenvolve a relação. A espontaneidade é preceito de ouro!

Atribui-se muito mais valor ao dado que surge de maneira natural na consulta, em comparação àquele que advém de perguntas do examinador. Contudo, a falta de observação de si mesmo ou limitações da própria expressão fazem com que ao término de uma anamnese não se tenha dados suficientes para a repertorização e/ou prescrição. Ainda aqui o profissional deve ser cauteloso em suas sondagens e abordar de forma genérica: *Como você é em casa? Como você é em seu trabalho? Fale-me sobre sua sensibilidade. Você já sentiu medo de alguma coisa? Teve algum fato que você considera marcante em sua vida? Quais são as características mais importantes em seu temperamento?* Em relação à criança, pode-se aduzir: *Como ela é na escola? Como é com seus brinquedos e objetos pessoais? Como é com outras crianças?*

Desse modo, a consulta converte-se num exercício intensivo de metodologia de pesquisa qualitativa.

Como dizia Balint, a perguntas só se obtém resposta, e só respostas... O ideal é que se permita a manifestação do objeto, que pode ser uma pessoa, um grupo, um informante, uma história de vida, um mito, uma religião, uma representação cultural, um fato social, um fato político, um fato psicanalítico, ou melhor ainda: uma intersecção extremamente complexa de tudo isso. Quando se permite a manifestação, sem perguntas dirigidas, é que o novo vai aparecer — aquilo que não se perguntou porque a pergunta era impossível de ser formulada (TURATO, 2003, p. 31).

Outra regra preciosa é respeitar as lacunas de silêncio que ocorrem ao longo da fala do paciente. Muitas vezes, elas correspondem a um regresso espontâneo a lembranças delicadas do passado ou ao mergulho no fundo de si mesmo e, em ambos os casos, irrompem informações extremamente valiosas para o garimpo homeopático. No início, o profissional tende a se sentir embaraçado pelas pausas demoradas no relato, porém, com a prática, chega a torcer para que elas aconteçam e proporcionem os dados necessários.

Embora não seja da especialidade, Perestrello (2006, p. 80) contribui para a abordagem do paciente como um todo e diz que

nem sempre é necessário traçar uma biografia exaustiva para compreender o paciente. Numerosas vezes, basta que o médico tenha dois ou três 'flashes' do paciente para compreender o sentido da doença, dentro do doente. As condições nas quais eclodiram os sintomas são de máxima relevância e, muitas vezes, norteiam o clínico.

Tal observação parece se aplicar com mais propriedade aos indivíduos que não desejam se expor nem aprofundar o relato de sua própria história.

Também se decanta na literatura homeopática a imperiosidade do profissional libertar-se de qualquer preconceito a fim de oferecer um relacionamento acolhedor e compreensivo. Qualquer experiência, sentimento ou opção da pessoa merece, antes de tudo, respeito. Mesmo que pareça útil à saúde do paciente, qualquer comentário sobre algum assunto melindroso deve ser amadurecido prudentemente. É recomendável aguardar a consolidação do relacionamento para que a observação não se torne intempestiva. Alguma contribuição psicoterapêutica é geralmente secundária, já que seu principal recurso de trabalho situa-se no medicamento.

Por outro lado, o profissional carece oferecer alguma devolução ao paciente ao término da consulta, além da prescrição e das explicações mínimas acerca do propósito da medicação. Não é raro que a pessoa relate determinados assuntos ou sentimentos que jamais havia exposto a quem quer que seja. Faz-se imprescindível devolver-lhe algum comentário construtivo ou pacificador. Embora exista uma variação imensa quanto às possibilidades desse retorno, que deve ser coerente com as situações descritas, alguns exemplos podem ser arrolados:

1. Por tudo que aconteceu, você até que se encontra muito bem; parece-me que você aprendeu muito com todas estas experiências dolorosas; você aparenta estar muito segura de suas escolhas; tudo indica que você é uma pessoa muito determinada (decidida, confiante, sensível, amorosa, firme etc.) e isso tem lhe trazido algumas dificuldades (ou conseqüências);
2. Aparentemente, você ainda está sofrendo em função destes problemas antigos e isso acabou desgastando um pouco a sua energia (força, ânimo, esperança, otimismo etc.); é comum que as pessoas que vivem este tipo de situação apresentem algum problema de saúde posteriormente, mas o tratamento homeopático pode lhe ajudar muito a se recuperar;
3. Eu concordo com você, em relação à sua visão sobre tal ou qual (contexto, situação, experiência), pois você queria muito aquilo e parece que a doença é o preço que está pagando... Etc.

Assim, não se deve pôr o paciente em confronto com suas próprias escolhas ou resultados logo numa primeira consulta, exceto em raríssimos casos em que há risco de dano grave para si mesmo ou para outrem. Nestes

casos, a observação deve ser direta e sucinta. Não cabem longos sermões de convencimento, somente alerta e advertência quanto aos riscos e/ou inconvenientes da atitude ou postura. Mas, o tom de voz deve ser invariavelmente acolhedor e empático, mesmo quando aponta a necessidade ou possível vantagem para que ele mude a própria conduta. Caso se sinta rejeitado ou condenado, talvez se encerre ali um acompanhamento, o qual lhe poderia trazer grandes benefícios, se mantido.

Certa feita, um paciente sexopata relatou que às vezes, ao fazer carícias em seu filho — ainda criança — chegava a ter fantasias sexuais com ele. Espontaneamente, disse que caso cometesse algum abuso, seria algo insuportável. Como ele era divorciado, sugeri-lhe que evitasse levá-lo para sua própria casa por um tempo, ou ficar em lugares que propiciassem contato íntimo. Diante disso, acatou minha sugestão e passou a manter somente encontros públicos com o filho. Nestes momentos, é necessário o profissional libertar-se de seus próprios conceitos, não demonstrar horror ou aversão às experiências ou sensações alheias e abordar qualquer assunto como fazendo parte da natureza humana. Caso o médico se espante ou se escandalize, o enfermo dificilmente persevera no tratamento ou, então, não se refere mais à questão.

Ainda que se estimule o homeopata a acolher todo e qualquer paciente com respeito, também é dever auscultar o doente para verificar a genuinidade de suas asserções. Afirmar-se bem, a despeito de persistir enovelado em circunstâncias muito desfavoráveis, pode ser um desejo ou aspiração e não a realidade. Asseverar que superou os reveses ou frustrações pode não condizer com o sentimento infeliz e profundo que se almeja soterrar. Em geral, a resolução de conflitos demanda tempo e sofrimento, exceto quando a pessoa demonstra sabedoria ou virtude incomum desde a infância ou adolescência. A negação repentina ou forçada de mágoa, desencanto, desilusão ou congênere deve ser detectada e, às vezes, abordada com clareza.

Enfim, nunca é demais lembrar que o médico deve colocar a receita sobre a mesa para que o paciente possa acompanhar a leitura que se realiza em voz alta e, posteriormente, esclarecer qualquer dúvida ainda existente.

Recomenda-se ainda que se incentive quanto ao retorno para nova consulta, dentro de um intervalo compatível com o quadro apresentado. Em patologias crônicas, tem se utilizado um prazo aproximado de 30 dias. Em quadros agudos, avaliar em 24 a 72 horas, dependendo da gravidade do caso. É importante orientar que o acompanhamento será voltado para a avaliação do quadro geral da pessoa, e não apenas das alterações mais incômodas. Há que se induzir a pessoa à atenção global consigo mesma, do contrário, a segunda consulta pode ficar muito prejudicada face à impossibilidade de se conferir qual foi a evolução dos componentes da **totalidade característica**, anotados por ocasião da primeira entrevista. Costumo dizer aos meus pacientes que na visita subsequente, todos os dados referidos serão checados para se analisar *o que melhorou, o que piorou e o que ficou do mesmo jeito...*

Finalmente, cabe salientar que o principal objetivo da consulta é estabelecer um vínculo do tipo médico-paciente em sua integralidade. Trata-se de construir uma parceria estável, na qual o diálogo seja instrumento fundamental, abarcando todas as vivências importantes da pessoa. A investigação não deve se restringir à obtenção de peculiaridades, pois provoca um visível empobrecimento da abordagem. Ela desce do patamar de uma relação humana e afetiva para uma investigação meramente técnica.

...a busca de um simillimum para o doente é um trabalho caracterizado por um processo que se constrói em comunhão com o paciente, na observação sem preconceitos das evoluções que se apresentam e na escolha dos melhores sintomas que reflitam o que é individual no caso (AZAMBUJA, 2008).

Se o médico demonstra que não sabe interagir com sentimentos complexos ou conflituosos do paciente, também não saberá atuar por ocasião do desenrolar do drama existencial rumo à cura, permanecendo na superfície, mais como mero expectador do que interlocutor ativo. Eis a suprema arte que compete apreender em sua longa jornada para se transformar no profissional à altura do honroso trabalho que a Vida lhe confiou.

Repertorização

Como ninguém pode guardar na cabeça todos os sintomas [efeitos] dos medicamentos, torna-se necessário um índice ou listagem. Damos o nome de Repertório a um índice de sintomas [efeitos]. (WRIGHT, 1995, p. 49) [observação deste autor].

Repertorização é um procedimento recomendável após cada consulta. A seleção dos elementos que compõem a *totalidade característica* (TC) do paciente permite obter uma lista dos remédios mais prováveis para o respectivo caso. Isso pode ser feito através de livros conhecidos como Repertórios, todavia, recorrendo a programas eletrônicos a qualidade da investigação aumenta sobremaneira.

Importa, antes de tudo, reforçar o somatório que a repertorização e o estudo da matéria médica perfazem. O esforço para sintetizar a matéria médica apareceu desde a origem da homeopatia. *Hahnemann explorou de todas estas maneiras as patogenias que ele nos transmitiu, e resumiu o resultado deste estudo nos prolegômenos que encabeçam cada medicamento* (SIMON, 1998, p. 41). Contudo, como se depreende do estudo dialético da MM, o simples resumo dos efeitos fica muito aquém de revelar a sua psicodinâmica.

Enquanto Samuel Hahnemann seguiu um trajeto rigorosamente adstrito à patogenesia e sua respectiva utilização junto aos enfermos, alguns discípulos embrenharam-se na organização dos dados provenientes da matéria médica, porém na forma de itens isolados e separados em categorias no

sentido inverso da síntese oferecida pela experimentação pura, criando o **repertório**. Aqui a informação se dispõe na forma de grãos, desvinculados da espiga que lhes deu existência, porém, encadeados aos grãos de outras espigas que ostentam a mesma característica.

Ilustra-se com o seguinte sintoma ou rubrica (*Rubrica* é sinônimo de efeito em linguagem repertorial): *náusea, após a febre*, no qual constam os seguintes medicamentos: *Arsenicum album, Drosera e Fluoric acid*.

STOMACH — NAUSEA — fever — after

ARS. dros. *Fl-ac*.

Observa-se pela citação acima, extraída do Programa Radar, que a fonte em letras maiúsculas e negrito '**ARS.**' — *Arsenicum* — significa peso ou intensidade 3; fonte com somente a primeira letra maiúscula e itálico '*Fl-ac.*' — *Fluoric acid* — indica intensidade 2, e fonte regular em minúsculas '*dros.*' — *Drosera* — corresponde à pontuação ou intensidade 1.

Cabe esclarecer que o conceito de intensidade tem se prestado a muita confusão no meio homeopático, porque, na verdade, trata-se de uma graduação relativa à frequência do remédio na experimentação e na clínica. Portanto, a chance de *Arsenicum* ser o medicamento indicado é três vezes superior à de *Drosera* e duas vezes à de *Fluoric acid*. De forma nenhuma significa que a náusea seja mais intensa neste ou naquele remédio. Assim, um paciente *Drosera* pode apresentar a alteração de modo exuberante, ao passo que um *Arsenicum*, discretamente.

A complementação entre a matéria médica e o repertório é notável. Ambos formam uma unidade indissolúvel.

Para o prescritor familiarizado com o uso do repertório, não há atalho mais curto nem solução mais rápida para o problema de selecionar o remédio para um determinado caso, que não seja levar os sintomas principais ao nosso repertório (LOOS, 1996, p. 94).

Então, é necessário conhecer a MM em suas particularidades e nuances, integrando-as num tema e seus polos com respectivas gradações e, simultaneamente, saber a frequência de outros medicamentos naqueles efeitos que a caracterizam. E tal informação é privilégio do repertório, por exemplo: *Pensativo, sobre coisas proibidas*, que aparece da seguinte forma:

MENTE — RUMINA — coisas proibidas, sobre: Plumbum.

Note-se que *Plumbum metallicum* é o único medicamento nessa rubrica. Ora, isso confere grande peculiaridade a *Plumbum* no tocante ao tema das proibições. Por si só, a investigação repertorial dos dados de uma matéria médica já permite vislumbrar alguns aspectos valiosos para a sua compreensão.

Pesquisando por outras rubricas que contenham a palavra *proibido* e suas derivações, depara-se com apenas mais uma ocorrência: *sensação como se tivesse duas vontades — o que uma comanda a outra proíbe*, que é também exclusiva, mas de *Anacardium orientale*.

MENTE — VONTADE — duas vontades; sensação como se ele tivesse — comandando o que a outra proíbe; uma

Deduz-se a partir do levantamento acima que, diante de um paciente com discurso e/ou atitude relacionados à proibição, as possibilidades de escolha se afunilam muito. Contudo, como em qualquer outro caso, é imperioso confrontar a TC do enfermo com cada uma das matérias médicas indicadas: *Plumbum met* e *Anacardium*.

Em síntese, *Plumbum* lida com a proibição no seu P-, no sentido clássico daquilo que é vedado, interdito, não permitido, denotando grande tendência a infringir e a burlar qualquer restrição. No P+, revela propensão para regras e normas, portanto, é disciplinado e se submete voluntariamente a limites, decretados pelo meio ou que impõe a si mesmo. *Anacardium* gira em torno do bem e do mal querer, e é comum vivenciar um antagonismo entre essas duas vertentes. Protagoniza a típica relação de amor e ódio. Mas, se prepondera o malquerer chegará ao maquiavelismo e à crueldade; se o bem-querer domina, apresentará grande afetividade, contudo, inclina-se a forçar o outro a aceitar o seu afeto, já que não consegue controlá-lo dentro de si próprio.

Portanto, a *proibição*, trabalhada inicialmente como *Keynote*, agora fica em segundo plano e a TC prevalece. Compreende-se a necessidade do conhecimento de MM andar *pari passu* com o repertório, na prática. Além disso, a escolha do remédio baseada num único dado representa um reducionismo grave e motivo frequente de malogro terapêutico.

...a experiência tem mostrado ser imprudente que o médico dê tanta confiança a estes sintomas-guia, keynotes, ao fazer a indicação do medicamento a ser utilizado. Eles poderão levar a uma cura brilhante ocasional, mas, com muito maior frequência, levarão ao fracasso (FARLEY, 1996, p. 53).

Se os demais dados peculiares do paciente evidenciar outros pontos de adequação com um desses — *Anac* ou *Plumbum* — ei-lo indicado para o caso. Do contrário, volta-se à estaca zero, abandona-se o indicador relacionado à *proibição* e procura-se outro remédio que cubra a TC residual.

Encontrado tal medicamento, a opção é perfeitamente válida, pois a TC tem prioridade em relação ao *Keynote*. Se ainda assim, não houver o espelhamento mínimo necessário com qualquer outra matéria médica, resta o recurso de intervir baseado na etapa anterior, forçando a escolha entre um dos dois já citados. Porém, o mais recomendável é fazer outra consulta, reavaliar todos os dados, acrescentar informações inéditas e repetir o

procedimento de compor a TC para ver quais remédios emergem da nova investigação repertorial.

* * *

Conhecer um bom número de matérias médicas e suas respectivas peculiaridades constitui uma necessidade básica do profissional da área. É através desse aprendizado que se capacita para detectar a presença destes dados no relato do paciente. Se é impossível imaginar um clínico que desconheça patologia, o mesmo ocorre com o homeopata que não tenha ciência da MM. Como haveria de selecionar os traços típicos do caso? A quais deles, atribuiria mais importância de modo a alocá-los para efetuar a repertorização?

À medida que o conhecimento evolui, a chance de que determinado efeito seja exclusivo de alguma MM torna-se cada vez menor. O que se admite, atualmente, é que cada uma descreva o seu tema — ou entrelaçamento de seus dados característicos — de forma única. Assim, o mesmo tema pode surgir em dois ou mais medicamentos, porém os elementos que o compõem mostram sentido e estrutura diferente.

Existem muitos livros voltados para as diferentes técnicas de repertorização, e compete ao leitor aprofundar o estudo do assunto nessas obras, dentre as quais, pode se citar:

EIZAYAGA, F. X. — *El Moderno Repertório de Kent* — B.Aires: Ediciones Marecel, 1979.

KENT, J. T. — *Repertory of the Homeopathic Materia Medica* — New Delhi: World Homeop. Links — 6a. ed., 1982.

RIBEIRO FILHO, A. — *Conhecendo o Repertório e Praticando a Repertorização* — S.Paulo: Ed. Organon, 1997.

TEIXEIRA, M.Z. — *Estudo das Rubricas Repertoriais em Homeopatia*- S.Paulo: Robe Editorial, 1995.

ZOBY, E.C. — *Taxionomia Homeopática* — S.Paulo: Robe editorial, 1996.

Contudo, cabe advertir que por melhor e mais adequada, nenhuma repertorização decide por si só. O estudo da matéria médica é essencial para realizar o cotejamento derradeiro entre a lista de medicamentos indicados pelo repertório e o quadro do paciente. À semelhança da medicina convencional, quando destaca a supremacia da clínica em relação aos exames subsidiários, pode-se afirmar que diante da repertorização, **a matéria médica é soberana.**

Se você quiser ser um bom prescritor, os medicamentos têm que ser pessoas para você, com caprichos, fantasias e terrores. Com temperamento, idiossincrasias e características. Você tem que vê-los andando pelo mundo, falando, se movimentado e mancando, com os corpos-mentes-almas de homens (TYLER; WEIR, 1996, p. 13).

A supervalorização do repertório corresponde, na homeopatia, ao deplorável desvio do médico convencional em relação aos exames clínicos. Além disso, o resultado da repertorização depende sempre da seleção de sintomas realizada pelo profissional. Ele quem alimenta os dados e, portanto, amplia ou reduz as chances de que a repertorização seja proveitosa. Assim, a relação médico-paciente constitui a essência do trabalho: desse diálogo colhem-se os diamantes, que permitirão a escolha do medicamento adequado, ou os pedregulhos que levarão ao insucesso terapêutico.

Desenho

Este autor apresentou um trabalho acerca da utilização de desenho na consulta pediátrica, por ocasião do XX Congresso Brasileiro de Homeopatia, posteriormente publicado no segundo número da Revista de Homeopatia, do Instituto Mineiro de Homeopatia, cuja contribuição permanece válida e merece ser difundida até hoje.

Durante muito tempo, a técnica era realizada durante a consulta, observando-se a criança, enquanto ela fazia o desenho. Nos últimos dez anos, o paciente passou a trazer o desenho pronto de casa, por solicitação do médico, a partir da segunda, terceira ou enésima consulta, seja por necessidade de complementar os dados fornecidos pelos pais ou responsáveis, seja para verificar o estado emocional direto da própria criança.

Neste caso, ao combinar com o paciente que o mesmo trará um desenho para a sua próxima consulta, já se acrescenta que haverá um momento em que os pais ficarão na sala de espera, o que prepara a criança para permanecer sozinha no consultório. A idade que já permite a execução dessa técnica varia, dependendo de sua maturidade e da relação com os genitores. Acima dos quatro anos já é possível aplicar tal abordagem. Pode-se ainda admitir a presença de um dos acompanhantes, desde que se mantenha totalmente neutro.

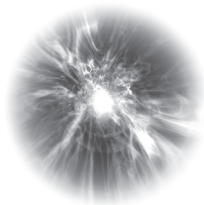
O objetivo dessa investigação é sondar o imaginário infantil. A primeira pergunta que geralmente se propõe é: *conte-me, o que foi que você desenhou?* Com frequência, obtém-se uma informação óbvia, descrevendo os objetos constantes nas figuras. Em seguida, pede-se a ela que conte “a história do desenho” e, a partir daí, conduz-se o diálogo exatamente como se recomendou acima no trecho *A Consulta Homeopática*, cabendo enfatizar rigoroso cuidado para não introduzir nenhuma palavra, já que poderia contaminar o discurso, o qual se registra fielmente.

Também se pode induzir o relato através da seguinte expressão: *o que está acontecendo nesse desenho?*

Havendo dificuldade por parte da criança, pode-se dizer a ela que há liberdade para se acrescentar à história qualquer coisa que não esteja no desenho, se for do seu interesse. Finalmente, às vezes é útil perguntar-lhe,

por exemplo, quem mora naquela casa, como vivem as pessoas ali etc., sempre com bastante tato para não direcionar nenhuma resposta.

Os dados obtidos através desse recurso equivalem aos sonhos em psicologia e tornam-se de grande valor para a repertorização, auxiliando sobremaneira na escolha do remédio e, depois, na avaliação do andamento do caso clínico, conforme descrito no capítulo *Matéria Médica Dialética*.



CURA

CONCEITO DE SAÚDE

Ao identificar o ser humano como foco principal, faz muito sentido que a ciência hahnemaniana houvesse se interessado, antes de tudo, pelos fatores internos associados às alterações da saúde. E, nesse âmbito, possui singular contribuição a oferecer à medicina. O resgate da totalidade do caso proporciona um novo paradigma de reflexão sobre a origem da enfermidade.

Todavia, não se deve ignorar a influência do local onde o sujeito vive. *O homem não nasce, vive sofre e morre de maneira idêntica nas várias partes do mundo. A concepção, o nascimento e a vida, a doença e a morte, tudo varia com o clima e o solo, com as estações e os meses, com a raça e a nacionalidade* (PESSOA, 1983, p. 104).

Embora a justiça social seja imprescindível, por incontáveis razões, não é o acesso à assistência médico-hospitalar, à qual todo cidadão tem direito, que assegura a conquista da saúde. Nem ainda se garante a aquisição ou conservação deste bem através do acesso à moradia, alimentação, família, educação, emprego, transporte e lazer, dentre outras necessidades fundamentais, embora tais benefícios protejam de muitas mazelas. Fosse assim e a pequena fração da humanidade que usufrui desses privilégios socioeconômicos teria garantida a sua higidez.

Hegenberg (1998, p. 39), inspirando-se em Platão, insinua que se estude o fenômeno pelo menos do ponto de vista etário e de gênero, quando afirma: *...esperamos reações diversas da criança, da mulher sadia, do ancião sadio. Contudo, seria estranho admitir que existam várias 'saúdes'. Cabe, pois, buscar um denominador comum para essas maneiras diversas de entender 'saúde'*. Porém, não se vislumbra geralmente que, sendo o adoecimento uma experiência com aspectos individuais, a sanidade também pode ser observada por esse prisma. Por isso, ele diz: *Não ter beleza ou não estar em condições de participar de uma competição atlética não é, por certo, estar doente*. O homeopata sabe que a doença pode derivar, às vezes, da predisposição interna, não dependendo de causas exteriores. O desconforto, o mal-estar, nasce no íntimo, apesar de que muitas vezes as circunstâncias mostrem-se bastante favoráveis ao desenvolvimento saudável do sujeito. Assim, não ter beleza pode constituir um transtorno grave para alguém vulnerável a tal fator.

Por outro lado, há pessoas com déficits importantes, a exemplo da cegueira e da paraplegia, que não se consideram incapazes. Trabalham, constituem família, exercem a cidadania irrestrita. Podem apresentar algum

distúrbio crônico ou agudo, grave ou leve, no entanto, não se colocam como *doentes* devido à deficiência.

Analisando o percurso histórico do conceito de *saúde* da OMS, definido como *o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade*, Scliar (2007, p. 37) encerra seu artigo destacando o progresso da Constituição Brasileira na promoção da dignidade coletiva, quando preceitua que *a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação*.

Todavia, faz-se necessário introduzir o sentido oposto e complementar desta equação. Com importância igual à dos ingredientes que se oferece a cada indivíduo para que ele seja saudável, há que se sopesar o que ele faz com tais recursos e o que oferta, de si mesmo, ao mundo. Se num primeiro estágio de maturidade, o ser humano consegue ser feliz e sadio abocanhando muitos benefícios, despreocupado de qualquer retribuição para a coletividade, à medida que ele ascende, sua paz interior, conseqüentemente sua saúde, depende dos bens que ele dá aos que o cercam e da forma como se doa ao ambiente. Este indivíduo maduro sabe que amar é extremamente importante para a sua própria sanidade, portanto, ele protege tanto os amados, fora de si, como os afetos que desabrocharam em seu próprio coração. Ele também sabe que motivação para o trabalho do dia-a-dia, disposição para cumprir suas obrigações com interesse e boa-vontade e, ainda, ter objetivos a alcançar a médio e longo prazo constituem elementos muito salutares. Neste nível, define-se que *saúde é um contínuo agir do homem frente ao universo físico, mental e social em que vive, sem regatear um só esforço para modificar, transformar e recriar aquilo que deve ser mudado* (FERRARA, *apud* REZENDE, 1989, p. 87).

Entende-se, de certo modo, que a concepção de saúde ainda contemple a parcela mais numerosa da população, sintonizada com o raciocínio de que *higidez se edifica de fora para dentro* — coerente com a visão de que doença é algo primariamente externo. Entretanto, a homeopatia pode e deve avançar no sentido de elaborar uma apreciação compatível com a sua visão da trajetória individual do homem.

Vista por esse ângulo, e recordando que a enfermidade traduz um processo dinâmico em que o sujeito se equilibra entre sua própria predisposição/suscetibilidade e os fatores do ambiente, é necessário reconhecer que a lesão demonstra, às vezes, o preço da missão cumprida. O indivíduo que sofreu e se sacrificou na realização de algum projeto pessoal pode, inadvertidamente, estruturar determinada patologia, pelo fato de ter vivenciado períodos de medo, culpa, ansiedade, tristeza, saudade, solidão etc. Coloca-se, porém, responsável pelo desfecho, sem imputar aos outros ou ao meio a perturbação que o aflige. Um tanto mais, um tanto menos, ele revelará ao mundo que a serenidade de consciência representa um bem maior do que a robustez orgânica. A longa e extenuante romagem em função da sequela

irreversível não lhe pesa aos ombros em excesso porque jamais trocaria a paz íntima pelo vigor físico, à custa do não cumprimento daquilo que erigiu para si mesmo à feição de compromisso e dever.

O profissional realiza, então, o que se poderia intitular de teste de aproveitamento. O sujeito que estaciona na queixa ou na amargura pelo bem ou oportunidade que crê ter lhe faltado, dificilmente chega às alegrias da frutificação. Mas, aquele que após ter se empenhado com todas as suas forças, contenta-se com o que e com quem granjeou ao longo do caminho, tem chance de criar e manter patamares de saúde espiritual e emocional resistentes às intempéries, que fustigam toda a criatura que se reveste de carne e ossos.

Mesmo reconhecendo a existência de aspectos individuais, propõe-se abaixo a estratificação de três diferentes tipos de conceito de cura:

Para os indivíduos imaturos, hígidez é vencer, apoderar-se e usufruir. Lembra a imagem de quem anda recolhendo benefícios, vantagens e oportunidades, de forma imediatista, voltado para si mesmo, sem interesse ou compromisso com os demais. Num estágio intermediário, corresponde à capacidade de se importar, se comprometer e se dedicar a um pequeno número de afins, em geral, seus familiares e, excepcionalmente, grupo, segmento ou classe com a qual se identifica. No nível mais elevado, encontra-se o sujeito para quem saúde constitui o privilégio de se doar a si mesmo a alguma causa, independente de qualquer gratificação externa ou reconhecimento e, frequentemente, transcende o agrupamento ao qual se encontra vinculado. Como se vê, não se pode estipular um conceito único para espécies tão distintas.

A importância de se alcançar nova conceituação que contemple o indivíduo em seu todo e, ao mesmo tempo, relativize-a em três modelos de acordo com o grau de valores humanos ficará evidente no capítulo *Prognose e Cura*. Mas, já se pode antever que não se deve esperar resultado semelhante no tratamento de pessoas tão diversas. Assim, a definição da OMS, citada acima, propondo que *saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social* será vivenciada de forma variada, dependendo da condição evolutiva do sujeito que frui a oportunidade de experimentar a hígidez ou a sua recuperação.

A TERAPÊUTICA

Importa recapitular, antes de tudo, a diferença entre o método científico analítico e o sistêmico: o primeiro recorta o fenômeno, busca conhecê-lo através do controle da maior parte possível de variáveis intervenientes para observar a eventual influência de apenas uma delas e quantificá-la, enquanto o último se baseia no alargamento dos horizontes, identificando os diversos fatores que nele interferem, o que gera múltiplas possibilidades. Tal visão afasta-se do esquema circunscrito da ciência convencional e descentraliza o foco. Dialeticamente, o que se ganha em amplitude, perde-se em segurança. O distanciamento dos contornos fenomenológicos ou o aumento do número de pares de *observáveis* permite investigar o fato de forma mais complexa, em compensação, torna-se necessário valer-se de um novo fundamento tal como o *princípio da incerteza* (NÚÑEZ, 2001).

O presente estudo do tema faculta conclusões muito interessantes e que se afastam por completo da concepção hahnemaniana, que estabelece a lei dos semelhantes para o medicamento homeopático e lei dos contrários para o químico. Aparentemente, a diferença mais importante entre as abordagens terapêuticas encontra-se no tipo e número de efeitos com que cada uma trabalha. Assim, a mesma substância e, em tese, na mesma preparação pode ser utilizada, tanto pelo método cartesiano como pelo sistêmico.

Afirma-se aqui a lei da terapêutica como sendo uma só: a medicina convencional escolhe, de preferência, o efeito principal de uma substância, geralmente de origem “toxicológica”, e centra sua intervenção nessa propriedade; por seu turno, a homeopatia conjuga vários efeitos de uma única substância, privilegiando os raros e peculiares, suscitados pela idiosincrasia dos experimentadores. Cabe lembrar que efeito toxicológico, neste texto, não significa nocivo e sim que é imposto pela substância ao organismo, tornando-se repetitivo e comum, ao contrário do patogenésico, o qual requer sensibilidade por parte do indivíduo para se manifestar, convertendo-se em fenômeno raro e sutil.

Portanto, o emprego químico presta-se melhor à obtenção de resultado local ou específico, é dependente da quantidade da droga, e de fácil controle estatístico, ao passo que o homeopático prioriza o ajuste do medicamento ao indivíduo como um todo, o que já sinaliza a importância do aspecto qualitativo, e tende a promover resposta global, cuja avaliação mostra-se um tanto mais complexa. Ressalve-se que embora muito menos comum,

o resultado abrangente também pode ocorrer quando se prescreve baseado no efeito ostensivo da substância, devido à adequação geral imprevista para o paciente, conforme caso clínico no final deste capítulo.

Para se alcançar tais conclusões, abordam-se os seguintes aspectos:

1. Redimensionando o Princípio dos Semelhantes
2. Patogenesia *versus* Toxicologia
3. Efeito Curativo
4. Efeito Paradoxal
5. Unindo Semelhantes e Contrários
6. Efeito Lógico
7. Medicamento Químico sob Enfoque Homeopático
 - a. Dipirona
 - b. N-acetilcisteína
8. Virtude Medicinal
9. Efeito Global
10. Treinamento e Suscetibilidade
11. Caso Clínico

Redimensionando o princípio dos semelhantes

Muitos estudiosos apreciam remontar à antiguidade grega, a fim de respaldar o princípio de cura por intermédio dos semelhantes. Segundo Hipócrates (*apud* BOYLE, 1994, p. 12), *quando se ministra um purgativo ou um emético, a doença se curará pelo que a produziu, e será produzida pelo que a cura*, demonstrando que a observação de que a mesma substância causa e elimina determinado sintoma é bastante antiga na ciência médica.

Seguindo as observações do parágrafo 66 do Organon, Hahnemann assevera que as pequenas doses *produzem ação primária, suscetível de ser percebida pelo observador suficientemente atento; mas que o organismo vivo só emprega contra ela a reação (ação secundária) necessária para o restabelecimento da condição normal*. Apesar disso, o genial descobridor estabeleceu a hipótese de que o sucesso do tratamento se daria (parágrafos 26, 69) graças à alteração ou desarranjo semelhante e mais forte provocado pelo medicamento dinamizado. Parece haver incoerência quando se afirma que um estímulo necessita de atenção acurada para ser observado e, logo em seguida, se mostra mais forte do que a própria doença provocando uma reação do organismo para o retorno à normalidade.

A enunciação que o remédio homeopático provoca perturbações no indivíduo sadio e cura-as no enfermo — síntese da suposta lei dos semelhantes — deveria ter sido revista pelo próprio Hahnemann (1994, par. 274), quando percebeu que alguns pacientes também apresentaram sintomas da classe patogénica sob efeito de medicamento. Note-se que isso abala o mencionado conceito em sua própria definição, pois para se caracterizar

como lei, não poderia desencadear alterações no doente, ainda que eventuais, já que este apenas se cura.

Diante desse fato, ele não apresentou nenhum outro entendimento senão considerar que os efeitos obtidos em tais circunstâncias — quando já observados previamente em experimentadores sadios — confirmavam-nos como referentes ao medicamento, bem como passou a aduzi-los à matéria médica pura (HUGHES, 2001, p. 30), e ambas as decisões são questionáveis. A primeira porque o aparecimento de “sintomas” patogénicos num paciente prova que ele é capaz de evidenciar efeitos do tipo colateral, relacionados à substância, ainda que de ordem mais sutil e passageira do que o decorrente do remédio químico; a segunda, porque adiciona à matéria médica dado pouco confiável, como se verá abaixo. Porém, o mais grave nesta observação de Hahnemann é a constatação que **o medicamento provoca efeitos patogénicos em enfermos e sadios**, o que anula por completo a racionalidade de uma provável lei dos semelhantes.

Considerando que Samuel Hahnemann (1994, par.63-5) propôs a teoria da similitude baseado em sua concepção de efeito primário e secundário das substâncias, e que há grande confusão nos significados desses efeitos, importa, então, investigá-los:

- *primário: todo medicamento [...] produz alteração na saúde do indivíduo por um período mais ou menos longo;*
- *secundário: ação oposta à primeira [...] de resistência e conservação do estado prévio à ingestão do medicamento.*

O tema foi bastante explorado ao longo do tempo, destacando-se Hughes (2001), em seu livro *A Manual of Pharmacodynamics*, no qual se percebe uma dificuldade imensa para se conciliar efeito primário e secundário com a tese de ação pelos semelhantes e contrários, e estabelecer que a similitude se deva à dinamização.

Clarke (2009) reconhece sua incapacidade pessoal de compreender a hipótese hahnemaniana quando diz na introdução da matéria médica de *Opium: de minha parte, não tenho sido capaz de levar à prática a divisão de primários e secundários com qualquer medicamento. (...) Penso que uma ação seja ‘primária’ ou ‘secundária’ depende do experimentador ou do paciente*. E, finalmente, assevera com clareza digna de admiração: *...seja o efeito primário ou secundário, é um efeito da droga e é útil para a prescrição*.

De acordo com Hering (*apud* HUGHES, 2001, p. 72), é possível *distinguir sintomas [efeitos] primários e secundários apenas pela ocorrência mais cedo ou mais tarde nas patogenias...* [observação deste autor]. Note-se que Hering reduz a diferença a uma simples questão temporal. Tal assertiva é coerente com a observação que os efeitos patogénicos mais interessantes costumam ocorrer nos primeiros dias (UNIÃO AMERICANA, 2001, p. 21; VIEIRA, 2004).

Hempel (*apud* HUGHES, 2001, p. 73) vai além, ao afirmar que o mesmo medicamento produz quadros de efeitos opostos entre si e está indicado para o tratamento de ambos: *Eu terei ocasião de lhes mostrar frequentemente que as drogas parecem afetar o organismo em dois modos opostos e podem, portanto, ser homeopáticas para duas condições patológicas, que guardam entre si relações de antagonismo.*

Hahnemann lidou com os efeitos antagonísticos da substância, mas preferiu classificá-los como *alternantes*. Suas palavras demonstram o conflito para ajustar os dados obtidos à sua teoria de efeito primário e secundário: *a maioria dos sintomas [efeitos] aparentemente opostos de 'Aconitum' registrados abaixo são simplesmente estados alternantes, e ele pode ser curativo por ambos os meios...* (HAHNEMANN, 2009) [observação deste autor]. Registre-se que os efeitos não são *aparentemente opostos*, mas, verdadeiramente opostos, já que se antagonizam. E reconhecer que *é curativo por ambos os meios* significa que o mesmo remédio atua em quadros contrários, o que se ajusta muito bem à compreensão dialética do fenômeno, proposta neste livro. Ao descrever *Nux vomica*, ele registra o seguinte: *nesse, como em outros medicamentos, nós encontramos sintomas [efeitos] que parecem ser completa ou parcialmente antagonistas uns dos outros, os quais ao mesmo tempo são ações primárias, e que fazem 'nux vomica' muito aplicável e eficaz para muitos estados mórbidos.* [grifos e observação deste autor].

Note-se que os dados obtidos denotam a existência de efeitos antagonísticos entre si, mas o que importava era classificá-los como primários e manter a teoria dos semelhantes. Mesmo quando evidentemente opostos, a bipolaridade não foi aceita: *mau-humor alternando com amizade suave (Arsenicum album); alterna diarreia e constipação em pessoas idosas (Antimonium crudum)* (idem). Centenas de outros exemplos poderiam ser relacionados aqui... Parece claro que as evidências foram recusadas em favor de se preservar a teoria já firmada. No entanto, é imperioso reverenciar a vocação curativa de Hahnemann: apesar da incoerência, ele incluiu os efeitos alternantes na patogenesia e passou a utilizá-los como indicadores terapêuticos, o que é assaz oportuno.

Ressalte-se que o seu raciocínio tem razões ponderáveis: o experimenter manifesta determinado efeito devido ao contato com a substância e quando o doente apresenta sintoma idêntico ou assemelhado, este cede ao se usá-la como tratamento, cursando com agravação temporária em alguns casos. Então, o ilustre descobridor infere, num raciocínio indutivo, que deve ocorrer acentuação das alterações de todos os pacientes medicados de forma correta. Tal intensificação do quadro sintomatológico teria o condão de despertar uma reação eficaz por parte do organismo, assegurando o retorno à saúde. A partir dessa compreensão ou viés, estabeleceu-se a existência de uma suposta lei dos semelhantes. *Deve estar claro a todos que esta é a tentativa mais extravagante de explicar o processo curativo dentre todas até então formuladas; conjecturas do início ao fim, e não podemos nem dizer que sejam engenhosas* (DUDGEON, 2003, p. 24).

Todavia, a observação de efeitos antagônicos originados por uma única substância, permite a análise do fenômeno conforme exposto no capítulo Matéria Médica Dialética. De que outro modo se explicaria o uso do mesmo medicamento para duas condições inversas entre si? Tudo indica que o chamado *efeito secundário* corresponde também a efeito patogênico que se opõe e amplia o quadro já conhecido de determinada substância, como Clarke afirmou, pouco acima.

Outra evidência desfavorável à tese da lei dos semelhantes é o não desaparecimento da **agravação**, atribuída à dose excessiva. Tal hipótese levou Hahnemann a diluir os remédios de maneira tão acentuada, que ele saiu da escala centesimal e criou a cinquenta milésima, sem êxito quanto ao objetivo de extinguir a piora passageira sequente à prescrição adequada. Mesmo assim, a teoria foi mantida.

A perpetuação da tese do efeito primário como sendo a fonte para a matéria médica, e a exclusão da reação inversa, atribuída ao organismo, forçaria a se reconhecer que, num deles, o medicamento agiu por similitude e, no outro, pelo princípio dos contrários, dando abrigo à crítica que o *processo curativo é, portanto, antipático, embora o princípio de seleção seja homeopático*, conforme Hughes (2001, p. 69). A dialética recompõe a unidade dos termos e esclarece que o princípio da **terapêutica** é um só, mas que os indicadores observados em sujeitos sadios podem se dividir em dois polos.

Analise-se, por exemplo, a citação abaixo, extraída de Hahnemann (2009, p. 627), a respeito de *Helleborus niger*:

Torpor, embotamento da sensibilidade geral, uma condição na qual, com visão preservada, o paciente, no entanto, vê imperfeitamente e não considera o objeto que ele vê; com o aparato auditivo intacto, também não ouve nada nem compreende; com seus órgãos do paladar funcionando em ordem, ele não percebe o sabor próprio em coisa alguma; está sempre ou com frequência distraído, dificilmente se lembra, quando o faz, do passado ou do que aconteceu recentemente; não tem prazer em nada; dorme muito leve e não tem um sono reparador; assume trabalhar sem ter poder ou força para cumprir seu trabalho — estes são efeitos primários característicos de Hellebore.

Se tal descrição corresponde ao efeito primário de *Helleborus*, sua utilização num paciente com esse quadro será tratado segundo a lei de semelhança. Contudo, qual seria o princípio vigente quando cura algum enfermo com sintomas nitidamente antagônicos, portanto, do polo positivo? Uma criança extremamente vivaz e atenta, com percepção aguçada de pequeninas mudanças que ocorreram no ambiente no intervalo entre as consultas, a exemplo do chaveiro diferente do profissional (CRUZ, 2000) — o que equivale à rubrica: *mente, ilusão, tudo é novo* (RADAR, 2009) — curou-se com esse mesmo remédio.

Neste caso, pode-se compreender que a matéria médica de *Helleborus* contempla tanto o lado da vivacidade e percepção do novo, como o

seu oposto, da rotina, torpor e embotamento, e parece que não faz sentido falar em princípio dos semelhantes quando os sintomas são parecidos e dos contrários quando se opõem. Certamente, maiores investigações patogenéticas com *Helleborus* hão de suscitar dados que preencherão as lacunas das polaridades. Já foram citados alhures e poderia se acrescentar diversos exemplos semelhantes de outras matérias médicas, cujos dados conhecidos são predominantemente de apenas uma face, e que foram utilizadas com êxito em pacientes com o provável polo oposto, de acordo com a hipótese dialética.

Acrescente-se ainda a taxativa citação de Jahr (1987, p. 114), discípulo direto de Hahnemann, sobre o assunto:

[...] não obstante os pretensos efeitos primitivos de determinados medicamentos, nós curamos, com essas pequenas doses, o estado semelhante, não menos frequentemente e de uma forma não menos radical do que o estado contrário, visto que o medicamento se aplica a todo o resto dos sintomas.

Seu depoimento rompe o arcabouço teórico da similitude, entretanto, como vários outros, o citado autor não oferece nenhuma alternativa para a compreensão do fenômeno.

Estudos mais recentes reforçam evidências de que não existem princípios terapêuticos diferentes. Bastide (*apud* AMORIM, 2003, p. 26) relata que numa pesquisa com imunomoduladores, fator tímico sérico (FTS) e o estrato de *Thymus*, ambos foram usados nas dinamizações 4CH, 7CH, 9CH, e 12CH — sobre duas espécies de ratos: swiss, considerados sãos, e ratos NZP, considerados imunologicamente deprimidos por uma involução precoce do timo. Os resultados obtidos no primeiro grupo demonstram uma imunodepressão e, ao contrário, no segundo, uma imunoestimulação tanto para o *Thymus* quanto para o FST. Portanto, mesmo na pesquisa básica, a experimentação de duas substâncias promove o aparecimento de sintomatologia de ambos os polos: imunodepressão e imunoestimulação.

Mantida a concepção hahnemaniana, dir-se-ia que no sadio, o efeito primário é imunodepressão, mas que o organismo se restaura e nada acontece. E no enfermo, a substância promoveria o mesmo efeito que, agravando o quadro já existente, provoca uma reação curativa.

Este livro propõe uma nova hipótese: os efeitos se manifestam tanto em sadios como em doentes; dependendo de cada substância, os efeitos podem ser prevalentemente tóxicos ou idiossincrásicos; pode se empregá-la com fins terapêuticos baseado nessas duas vertentes. Destaque-se que a substância faz os seus efeitos sempre da mesma forma, pois tal fato corresponde à sua natureza. O organismo em contato com ela, transforma-a numa presença neutra (sem efeitos), incômoda (tóxica), convivente (patogenésica) ou vantajosa (curativa).

Na abordagem homeopática, os sinais patogenésicos são demonstrativos da perturbação dinâmica que tal substância é capaz de despertar

num indivíduo sadio. Ocorrendo no enfermo, em qualquer um dos polos, ou ainda numa mescla de ambos, a substância que emitiu aqueles sinais está indicada e o conjunto orgânico irá utilizá-la dentro de seu potencial de reaver o próprio equilíbrio.

É bem possível que o entendimento equivocado acerca da agravação terapêutica aliado à pobreza de diversas matérias médicas tenha contribuído para a elaboração da hipótese acerca da existência de dois princípios terapêuticos.

Ampliada cada matéria médica, o suficiente para compor o quadro de sua *totalidade característica* (TC), distribuída em suas respectivas metades opostas e complementares, a ação pelos semelhantes e pelos contrários se integram em um único princípio, desfazendo a dicotomia por inconsistente. A terapêutica é, portanto, una. O lado semelhante e o contrário coexistem no ser humano, evidenciados tanto na patogenesia como na clínica, e a substância mais adequada para o paciente é aquela que tenha maior número de indicadores em comum com a TC do caso. *A compreensão de que o modelo homeopático aglutina num só corpo as noções de semelhança e de diferença é um dado extremamente interessante a ser pensado* (PIRES, 1996, p. 46).

Recapitulando o que foi dito e centrando o foco na pessoa e não na substância, pode-se descrever o fenômeno da seguinte maneira: quando o organismo sadio entra em contato com uma substância, o resultado pode variar numa escala progressiva que inicia com a ausência de qualquer reação; passa pela cura de alterações existentes e manifestações sutis e fugazes (patogenésicas); apresenta perturbações evidentes sem gravidade (efeito colateral), até alcançar reações francas e exageradas (reações adversas) em que há risco para a saúde e/ou de vida do indivíduo. Essas alternativas dependem da equação entre a suscetibilidade do sujeito e a toxicologia, além da influência da dose da substância.

A leitura desse fenômeno a partir do agente externo — predominante na abordagem homeopática até hoje — mostra a valorização do meio ambiente em detrimento do ser humano, mas a verdade é que ora prevalece o agente externo e ora o organismo, como se demonstrou no capítulo *Suscetibilidade e Predisposição*.

No entanto, o pensamento reducionista sobressaiu, pela facilidade que ainda oferece ao observador. É cômodo enxergar o sujeito no papel passivo e atribuir à substância o poder de desordená-lo ou curá-lo. Olhando pelo prisma em que fator ambiental e indivíduo se interagem, sem prevalência a priori deste ou daquele — cada caso é um caso — pode-se dizer que o experimentador sadio identifica determinada substância através da demonstração de efeitos, tais como sensações e disfunções. São as células, tecidos, órgãos e sistemas do organismo, incluindo refinados dispositivos sensoriais e psíquicos, que reagem à presença da substância. Reunindo-os, através de diferentes provadores, é possível descrever sua identidade, conhecida como *matéria médica*.

Finalmente, pode-se afirmar que os efeitos curativos, os patogénicos, juntamente com os colaterais e os tóxicos revelam como o ser vivo identifica a substância, e constituem os verdadeiros indicadores terapêuticos. A sequência do capítulo deixará isso mais claro.

Outro fator ao qual se conferiu grande importância, a diluição/dinamização, julgando-a capaz de promover a ascensão do princípio dos contrários, tido como inferior e inadequado, para o dos semelhantes, considerado harmônico e engenhoso, será analisado adiante.

Patogenesis versus toxicologia

Pode-se dizer que a patogenesis corresponde a uma intoxicação frustrada, na qual os dados berrantes ou frequentes deixam de ser produzidos. As vantagens da patogenesis sobre a intoxicação estão adiante, neste capítulo. Inger-se uma dose miúda, preferencialmente diluída, e se o sujeito não for bem treinado e não tiver um mínimo de suscetibilidade à droga, as modificações não acontecerão ou passarão despercebidas. Elizalde ofereceu extraordinária contribuição ao tema, através do artigo *Patogenesis: intoxicação ou idiosincrasia?*, que circulava entre os alunos da Escuela Medica Homeopathica Argentina, sob a forma de apostila, em Buenos Aires, 1979. Por sua vez, o método cartesiano só registra os dados frequentes e marcantes, as alterações objetivas e categóricas, em contraposição à sutileza e inconstância — ou raridade — dos sinais patogénicos. Enquanto a farmacologia restringe-se às alterações ostensivas, a homeopatia prioriza as discretas e fugazes.

O efeito terapêutico de uma substância, segundo a farmacologia, está associado à dosagem — função quantitativa — onde *função* significa, segundo a matemática, *qualquer correspondência entre um conjunto (...) e um segundo conjunto* (AURÉLIO, 2004) sendo que no caso da teofilina se sabe o seguinte: *abaixo de 5-8mg/L são consideradas inadequadas e o paciente se encontra em subterapia; [...] efeitos adversos tais como náusea e vômitos, taquicardia e nervosismo estão relacionados a concentrações plasmáticas superiores a 20mg/L.* (OGA et al., 2008, p. 118). Portanto, o efeito do medicamento, de acordo com o método analítico, é função de sua quantidade ou concentração sanguínea.

Convém lembrar que a farmacologia classifica as reações adversas em tipo A e B, que se encontram descritas abaixo no **Quadro I**:

Quadro I: Características das reações adversas a medicamentos:

Características	Tipo A	Tipo B
Mecanismo de produção	Superdosagem relativa, efeito colateral, efeito secundário, tolerância	Hipersensibilidade Idiossincrasia
Resposta ao medicamento	Aumentada	Bizarra
Previsibilidade	Sim	Não
Dose-dependência	Sim	Não
Incidência	Alta	Baixa
Morbidade	Alta	Baixa
Mortalidade	Baixa	Alta
Manejo	Ajuste de dose	Suspensão do fármaco

Extraído de Wannmacher, L., 2005

Note-se que as reações classificadas como idiossincrásicas — Tipo B — caracterizam-se pela baixa incidência, não dependem da dose e sim da suscetibilidade individual, e apresentam baixa morbidade, mas alta mortalidade. No entanto, o conceito de sintoma patogênico em homeopatia, associado à idiossincrasia, diverge da classificação acima no tocante à mortalidade, pois há rigoroso controle da dose, jamais ocasionando acidentes graves ou fatais. Portanto, o termo *hipersensibilidade* se aplica melhor ao Tipo B, e a reação anafilática corresponde ao seu principal exemplar.

Propõe-se reservar, então, o termo *idiossincrasia* para o efeito patogênico. Além disso, a existência de morbidade relacionada à patogênese é muito pouco provável, como se expos no capítulo *Operacionalidade*. Admite-se, em tese, que o uso muito prolongado de medicamento diluído suscite algum efeito inadequado, como pode acontecer em relação a qualquer substância. Mas, essa é uma conduta ultrapassada. A dose única ou doses repetidas por um intervalo de poucas semanas e sob supervisão direta do profissional tem sido a prática generalizada e recomendável.

Na verdade, pode-se propor uma nova coluna para configurar o sintoma patogênico:

Características	Tipo C
Mecanismo de produção	Idiossincrasia
Resposta ao medicamento	Peculiar
Previsibilidade	Não
Dose-dependência	Não
Incidência	Muito baixa
Morbidade	Baixíssima
Mortalidade	Nula
Manejo	Registro do dado

Baseado em Wannmacher, L., 2005

Antes, porém, de avançar na análise da terapêutica homeopática, concentra-se o foco no reducionismo, que permite algumas ilações interessantes dentro do tema.

Tome-se, por exemplo, a *dipirona* (metamizol), um dos medicamentos mais usados no mundo. Quais são os principais distúrbios associados à sua toxicidade? Dentre outros, pode-se enumerar os seguintes *efeitos colaterais*: náusea, enjoo, mal-estar generalizado, pápulas pruriginosas, eritrodermia, edema de glote, choque anafilático, hipotermia, diarreia severa com desidratação, Síndrome de Stevens Johnson, leucopenia, neutropenia, agranulocitose, aplasia medular (OMS). Ainda dentro das *reações adversas* acresça-se a seguinte relação: trombopenia, hipotensão arterial, broncoespasmo grave, arritmias cardíacas, choque circulatório, exantemas, síndrome de Lyell (SANOFI-AVENTIS).

A primeira constatação é a ocorrência de sintomas que podem ser classificados em dois grupos ou polos: num deles, a reação orgânica está diminuída ou anulada em alguma função, ao passo que na outra, ela se mostra hipertrofiada. Assim, no agrupamento que se pode denominar de polaridade negativa, situam-se, dentre outros, a leucopenia, trombopenia, aplasia medular, hipotermia, hipotensão e, no lado oposto, o P+, encaixam-se o enjoo, broncoespasmo, edema de glote e eritrodermia.

Mas, o que é um efeito colateral? E uma reação adversa? Segundo definições da Agência Nacional de Vigilância Sanitária — ANVISA — (*apud* IVFRJ):

1. Efeito colateral: *efeito diferente daquele considerado como principal por um fármaco. Esse termo deve ser distingüido de efeito adverso, que se refere a um efeito colateral indesejado, pois um fármaco pode causar outros efeitos potencialmente benéficos além do principal. Como exemplo podem ser citados a amnésia temporária causada por sedativos e a sonolência em anti-histamínicos, que podem ser benéficos ou adversos dependendo da situação.*
2. Reação adversa: *qualquer resposta a um medicamento que seja prejudicial, não intencional, e que ocorra nas doses normalmente utilizadas em seres humanos para profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças, ou para a modificação de uma função fisiológica¹.*

Observa-se uma gradação do efeito: o principal é o terapêutico; o efeito colateral é uma variação do anterior, ao passo que a reação adversa representa algo prejudicial.

Num capítulo muito interessante denominado **Não são efeitos colaterais... São efeitos!**, o biólogo Lipton (2007, p. 125) aborda o assunto de forma abrangente:

¹ Disponível no site: http://pt.wikipedia.org/wiki/Rea%C3%A7%C3%A3o_adversa. Acesso em 07.nov.2010

Um medicamento utilizado para corrigir uma disfunção em um fluxo de comunicação do coração cai na corrente sanguínea e se espalha pelo corpo todo. Com isso pode acabar interferindo em funções do sistema nervoso caso o cérebro utilize componentes desse mesmo fluxo de comunicação. Mas, se por outro lado, essa multiplicidade de tarefas torna mais complicada a ação dos medicamentos, por outro, ela é o resultado da evolução.

Pode-se dizer que o efeito colateral ou a reação adversa, considerados ruins ou, pelo menos indesejáveis, são simplesmente efeitos da própria substância em outros sítios além dos almejados.

Já se pode entrever aqui o germe do modo sistêmico de administrar as drogas: todos os efeitos da substância — terapêuticos, adversos e tóxicos — convertem-se em material de trabalho, tornando-se indicadores da virtude medicinal. Entretanto, a homeopatia introduz no cenário o efeito patogênico, cuja sutileza é tamanha que, geralmente, nem entra na relação dos efeitos das substâncias. Além disso, os dados toxicológicos são prevalentes e, em geral, absorvem o foco do observador reducionista, enquanto o estudo dos patogênicos valoriza as particularidades e as inter-relações de cada efeito. Destaque-se, porém, que Hahnemann tomou duas decisões da maior importância na composição da matéria médica:

1. Considerou válido agregar à patogenesia os dados provenientes da intoxicação produzida pela substância, porventura já registrados;
2. Adicionou também os distúrbios que cedem ao uso da substância, por ocasião da experimentação em indivíduos sadios, colocando-os entre parêntesis como *sintomas curativos*.

Portanto, ao se elaborar uma eventual matéria médica de dipirona, *febre* e *dor* são incorporados como *sintomas curativos* ao conjunto de efeitos colaterais e reações adversas, além é claro, dos dados patogênicos caso se proceda a experimentação da substância em sujeitos sadios.

O método de investigação biomédico visa encontrar as aplicações terapêuticas mais evidentes de uma substância, respeitadas as contraindicações toxicológicas ou de hipersensibilidade. A utilização de um fármaco, bem como o estabelecimento das dosagens adequadas obedece, geralmente, a indicações precisas e específicas. Não é raro que o aumento das indicações terapêuticas seja acompanhado de enorme lista de reações adversas, como ocorre com os corticoides e antibióticos, pois à medida que se conhecem novas possibilidades de emprego da substância, surgem paralelamente — de modo lógico e coerente — mais efeitos considerados indesejáveis. Portanto, a substância que atua nalguma função sistêmica ou em várias funções ou, ainda, em diferentes sítios, tem grande chance de desencadear efeitos em locais sadios.

A técnica hahnemaniana carece obrigatoriamente da experimentação no homem sadio para detectar as nuances que extrapolam a intoxicação e os

efeitos colaterais, fazendo jus ao título de patogenésicos, ainda mais raros e bem mais sutis do que aqueles, não chegando a caracterizar uma alteração clínica. **A tentativa de aproveitar os dados oriundos dos efeitos colaterais e reações adversas dos fármacos para montar uma matéria médica incorre em equívoco básico, pela ausência dos dados peculiares, cuja única fonte fidedigna é a patogenesia.** Aliás, com o perdão da redundância e da rima, sem patogenesia não há homeopatia!

A inclusão dos efeitos colaterais e toxicológicos na patogenesia tem sido de pouca utilidade. No estudo da matéria médica, tais dados perdem valor, em comparação àqueles raros, estranhos e peculiares. Contudo, contribuem para a formação do quadro de indicadores que possibilita o uso do medicamento como específico, a exemplo do *Ferrum phosphoricum* para dor de ouvido ou de *Euphrasia* para conjuntivite, dentre inúmeros outros, e também para o uso denominado *mosaico*, abordado adiante.

Por outro lado, a iniciativa de agregar os “sintomas curativos” à patogenesia é muito interessante e será discutida a seguir.

Efeito curativo

O efeito curativo representa um fenômeno que requisita esmerada investigação. Corresponde à alteração que o experimentador apresentava e que desaparece, fortuitamente, ao longo do processo patogenésico. Citando o próprio Hahnemann (2009, p. 90), na matéria médica de *Magnetis polus articus: a menstruação, que era esperada, veio em vinte horas, aumentou em vinte e quatro horas além de sua quantidade usual (elas tinham sido até aqui muito escassas) e tornaram-se saudáveis em quantidade, sem mais nenhum sintoma* [efeito] *acessório (consequentemente ação curativa)* [observação deste autor]. Ressalte-se que a alteração pré-existente era discreta e, aparentemente, estável, permitindo a inclusão do sujeito no grupo experimental.

Existem dois partidos no meio homeopático: um que supervaloriza o efeito curativo, não só na patogenesia, mas, especialmente, na clínica, ao passo que outro, só tem olhos para o efeito experimental puro. No primeiro, encontram-se os que *queriam mesmo ver rejeitada toda a ‘patogenesia experimental’ e recompor a matéria médica de nossa escola somente com sintomas fornecidos por casos clínicos que os medicamentos tivessem curado* (JAHR, 1987, p. 189).

Felizmente, o genial descobridor não se deixou empolgar pelo radicalismo, e, embora num lance formidável tenha anexado à matéria médica pura as alterações que foram debeladas nos experimentadores, não transformou tal procedimento em exigência, e apenas fez questão de identificar no final da descrição que o item procede desse tipo de efeito. Por conseguinte, para ser agregado como material patogenésico o dado deve ter se manifestado ou curado no experimentador.

Nesta vertente e dando um passo adiante, outros profissionais acrescentaram a esse conjunto a experiência clínica, destacando-se Hering em sua monumental obra *The Guiding Symptoms*. Aqui o dado é proveniente da experiência terapêutica bem sucedida, mas obtido através de casos clínicos.

No outro partido, alguns estudiosos superestimam os dados patogênicos e veem a ocorrência de evidências curativas com bastante reserva: *Porque uma ação mórbida artificial [medicamento] parece ter curado uma ação mórbida natural em muitos casos, colocando-se no lugar da última, após a qual a primeira desaparece rapidamente, nós não devemos concluir que este efeito curativo seja devido à similaridade entre a doença artificial e a natural. Substituição não significa homeopaticidade* (HEMPEL, 1864, p. 21). [tradução e grifo deste autor]

Em outras palavras, Hempel rejeita o valor da extirpação de determinado sintoma, durante a patogenesia porque isso não significa similitude! Parece que houve um aprisionamento à ordem natural da pesquisa: primeiro, a substância tem de provocar o efeito no indivíduo sadio e, apenas depois, curá-lo no enfermo através da suposta lei dos semelhantes. Se ela já aparece curando, é recebida com desconfiança. Aqui fica notável a constatação de como uma teoria pode levar ao preconceito e à irracionalidade, exigindo que os fatos se ajustem às hipóteses e procedimentos.

Observe-se que em certos casos, a confusão surge devido à tese do efeito primário e secundário:

O que me surpreendeu primeiro foi o sintoma [efeito] ALERTA, mencionado sete vezes, o que significa um sintoma [efeito] frequente se nós levarmos em consideração o número de experimentadores. No entanto, eu nunca achei este sintoma em todos os meus casos porque ALERTA é o resultado de ação curativa do remédio (1ª reação); o real sintoma [efeito] é PERDA DA ATENÇÃO CONSCIENTE (Lack of awareness)... (SMITS, 1999, p. 37) [grifo e observação do autor].

No entanto, a compreensão de que os efeitos primários e secundários correspondem a dados que se encaixam nos respectivos polos da matéria médica, permite deduzir que a ação curativa é sempre proveitosa e o seu valor torna-se proporcional à qualidade do sintoma eliminado.

Cabe frisar que, embora Hahnemann continuasse defendendo ferrenhamente a lei da semelhança, a inclusão de tais elementos denuncia que optou por deixá-la só implícita, dando prioridade à evidência, subentendendo-a como sinal de eficácia. Pode-se dizer que ele, pelo menos, não exigiu comprovação da similitude, a qual possivelmente não ocorra de forma literal em muitas circunstâncias, conforme se verá adiante.

A vantagem de salientar o que foi erradicado é sinalizar para uma possível área ou sintoma de maior potencialidade terapêutica. Não se menospreze, portanto, esse tipo de resposta, mesmo na ausência de qualquer dado patogênico porque ela deve ser reunida ao conjunto coletado pelos demais

provadores, e isso permitirá aquilatar o valor daquele item. Ainda que isolado na patogenesia, a informação pode ser útil na aplicação do remédio como específico e, assim, elevar a sua proeminência. Entenda-se por proeminência a pontuação dos medicamentos de 1 a 4 no Repertório, de acordo com a frequência que ocorrem nas patogenesias ou em bons resultados clínicos.

Enfim, a inclusão do episódio curativo na patogenesia representa a vitória do bom-senso, e a capacidade de lidar com os fatos ao invés de pretender subordiná-los à teoria. Talvez essa postura esteja mudando, haja vista a publicação da patogenesia de *Lac human*, que apresenta cerca de 30 itens mencionados nessa categoria de efeito (HOUGHTON; HALAHAN, 2009). Em termos práticos, no tocante à procedência do dado curativo, não faz diferença se a fonte é sadia ou não — pelo menos, dentro do conhecimento atual.

* * *

Esta conclusão remete à necessidade de complementar a análise do efeito experimental obtido através de enfermos, conforme mencionado no tópico *Redimensionando o Princípio dos Semelhantes*.

Na faina de valorizar os registros suscitados na experimentação, Hahnemann passa a arrolar também na matéria médica o traço patogênico observado em pacientes, iniciativa que merece cuidadoso exame.

Lembre-se que, em essência, o efeito patogênico representa uma alteração que poderia ser classificada como *colateral ou adversa*, não fosse por sua natureza rara, sutil e passageira, tanto no plano orgânico como mental. Vista por este ângulo, a patogenesia se transforma num burilamento da intoxicação. Trata-se do efeito que confere identidade à homeopatia, pois através dele passa a existir chance de se trabalhar com vários indicadores terapêuticos de uma única substância e ajustá-la ao ser humano como um todo, através de suas peculiaridades.

Hughes (2001, p. 28) refere que, apesar da permissão outorgada por Hahnemann para incluir na matéria médica os efeitos obtidos em enfermos, o discípulo julgou necessário investigar os escaninhos da literatura e produziu o extraordinário capítulo *Origens da Matéria Médica Homeopática*, concluindo que tal procedimento não é recomendável de modo algum. O efeito patogênico em doentes, quando não curativo, deixa dúvida quanto a sua origem, se decorre, por um lado, da suscetibilidade do sujeito ao medicamento ou se, pelo outro, do próprio estado patológico, perdendo assim valor para ser utilizado como matéria médica.

Convém, portanto, revisar as obras em torno do tema e marcar os elementos patogênicos incluídos na matéria médica, oriundos da vivência clínica, porque tais dados não possuem a mesma fidedignidade em comparação ao apresentado por indivíduo sadio. Assim, há que se discordar da prestigiosa opinião de T.F. Allen (*apud* PRICE, 2001, p. 65), quando afirma *que não importa se os sintomas [efeitos] são observados em pessoas saudáveis ou doentes* [observação deste autor]. Olhando por este prisma, entende-se

a importância da pesquisa com o sujeito relativamente hígido, conforme discutido anteriormente.

A matéria médica volumosa e incerta forma um bloco terrível e obstrutivo para o estudante de homeopatia. Parece que a ideia era obter tantos sintomas [efeitos] quanto possíveis para cada droga — independente deles serem verdadeiros ou pertencerem ao experimentador ou suscitados por outras causas. (COULTER, 1982, p. 351) [observação deste autor].

Portanto, se o valor do dado curativo independe da procedência — experimental ou clínica — o mesmo não se pode dizer no tocante ao efeito patogênico, cuja fidedignidade fica comprometida quando advindo de algum enfermo.

Efeito paradoxal

Existe outro fenômeno farmacológico, menos conhecido, mas que merece investigação: o *efeito paradoxal*. Ele é definido como a *situação onde uma terapia desencadeia manifestações contrárias ao desejado* (PDAMED, 2007). Sua ocorrência não é muito comum, mas bastante útil, pois permite às vezes o uso terapêutico baseado neste aspecto.

Entre as substâncias que têm o seu emprego terapêutico embasado no efeito paradoxal, destaca-se o *metilfenidato* (Ritalina), anfetamina usada em larga escala para o tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças:

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno psíquico, considerado na atualidade, a síndrome mental mais estudada na infância, com conseqüentes implicações nas esferas familiar, acadêmica e social. Caracteriza-se pela tríade sintomatológica de desatenção, hiperatividade e impulsividade, sendo mais prevalente em meninos. É uma doença com alta prevalência mundial, sendo que cerca de 8 a 12% das crianças são acometidas. (SCHNEIDERS, 2006)

E quanto ao *metilfenidato*, sabe-se que é um *estimulante do sistema nervoso central*, sendo que Pessoa (1995) descreve:

Em 1937, BRADLEY, um dos mentores de DENHOFF, relata a descoberta incidental de uma melhora no autocontrole e na organização comportamental de um grupo de crianças após a ingestão de medicamentos estimulantes. [...] denominando de efeito paradoxal ao resultado da ingestão da medicação, porque os comportamentos das crianças eram mais calmos e mais cooperativos, comparativamente à extrema hiperatividade, baixo desenvolvimento de escolaridade e agressividade, em relação à fase anterior à ingestão do sulfato de anfetamina.

Acalmar crianças hiperativas através de um excitante significa tratá-las pelo princípio que Hahnemann denominou de lei dos semelhantes. E não se trata de uma exceção, pois há muitos outros paradoxos na farmacologia: a tiazida, apesar de ser um diurético, também é usada no tratamento do *Diabetes insipidus* de causa renal, diminuindo o volume de urina (VAN ASSEN; MUDDE, 1999); o salbutamol inibe contrações de vias aéreas sob concentrações baixas de acetilcolina, mas potencializa mediante altas concentrações (GIRODET *et al.*, 2005); a estromelisina parece estar associada à redução em número e tamanho dos tumores primários e, ao mesmo tempo, ao incremento da quantidade de metástases (KUMARI *et al.* 2003); também se verificou o aumento na replicação de plasmídeos em *Clamídia* após o uso de agentes erradicadores de plasmídeos como imipramina/novobiocina (PICKETT *et al.*, 2005); constatou-se que o uso por longos períodos de *valeriana* provoca estimulação nervosa, com insônia, ansiedade, tremores e perturbações cardíacas (GONÇALVES; MARTINS, 2006); registrou-se uma redução de eritropoetina durante 2-4 dias após anemia aguda induzida por flebotomia (AL-HUNITI *et al.*, 2004). Coulter (1980, p. 38) lembra que: *...a medicina moderna aceita o conceito de 'tolerância' imunológica ou anti-gênica — que significa um fracasso do sistema imunológico para responder a uma dose massiva de um antígeno que, em pequenas doses, desencadeará uma profunda reação.*

Acrescente-se ainda o surpreendente efeito paradoxal no campo da ecologia, em que *um aumento na disponibilidade de alimentação leva à extinção de espécies* (van VOORN, 2006); na pedagogia, na qual *se acredita que a prática aleatória causa melhor transferência e retenção* [em relação à prática em blocos] (MEIRA *et al.*, 2001), além do notável Paradoxo de Galileu: *embora a maioria dos números não sejam quadrados, não há mais números que quadrados* (WIKIPEDIA).

Tais achados sugerem que o *efeito paradoxal* é um fato de vasta ocorrência e extremamente instigante. Sua existência representaria o ansiado embasamento definitivo para a suposta Lei dos Semelhantes, pois o medicamento cura alterações similares àquelas que costuma provocar. Embora seja muito conveniente, já que fornece evidências que escoram o raciocínio hahnemaniano, esbarra-se no mesmo problema já equacionado previamente com as próprias informações homeopáticas: o *metilfenidato* não atua apenas através do efeito paradoxal.

Em menor escala, emprega-se o *metilfenidato* para o transtorno depressivo em idosos (HEXSEL, 2004). Assim, patenteia-se mais uma vez o aspecto bipolar da terapêutica, já que essa substância pode ser aplicada em quadros clínicos opostos: hiperatividade em crianças e depressão em idosos. Como se vê, a vocação terapêutica da substância — tanto na embalagem reducionista como sistêmica — não se limita ao efeito primário nem ao paradoxal.

O resultado terapêutico obtido por uma substância, no esquema paradoxal, significa que ela foi utilizada para tratar um quadro clínico semelhante ao efeito mais conhecido que provoca. Mas, quando se ampliam

os horizontes, incluindo dados do polo inverso, o paradoxal também perde o sentido, pois o remédio pode atuar tanto na hiperatividade e déficit de atenção — TDAH — como na depressão. Nesse caso, por ser muito mais estudada no efeito estimulante, a matéria médica do *metilfenidato* leva à conclusão que o efeito é paradoxal. Se a outra polaridade houvesse fornecido mais evidências nas investigações realizadas até o momento — possivelmente algum efeito sedativo — a resposta obtida em TDAH seria considerada do tipo lógica e não paradoxal.

A experimentação patogênica se uniu à experiência clínica e nasceu uma matéria médica pródiga, na qual todos os efeitos suscitados e curados transformaram-se em indicadores terapêuticos. Desse modo, constata-se uma defasagem entre a prática e a teoria: enquanto o discurso persiste aferrado ao conceito da similitude, exaltando o efeito paradoxal como argumento, o profissional trabalha com dados de ambos os polos da substância. Reduzir a homeopatia ao citado efeito seria mutilá-la. Na verdade, o principal fator que prevaleceu através do tempo foi a seleção de um conjunto de efeitos peculiares, independente da classificação em primário ou secundário, e a sua respectiva adequação à **totalidade característica** do caso, seja por semelhança ou antagonismo.

Unindo semelhantes e contrários

Ressalte-se que a atenção à saúde modificou-se sobremaneira desde a época dos escritos de Hahnemann, mas a “abordagem biologicista” prevalece até hoje. Neste caso, a prática *é conduzida por especialistas, em detrimento dos generalistas, uma vez que o corpo humano é visto como um conjunto de órgãos que podem ser analisados separadamente para melhor compreensão* (BRASIL, 2010, p. 65). Todavia, o presente texto evidencia lacunas sérias na lei dos semelhantes. O que Hahnemann intitulava de “estados alternantes”, hoje se define como efeitos bipolares da perturbação medicamentosa. A patogenesia gera efeitos de cada substância que são opostos e complementares entre si.

Também ficou claro que existem indicações clínicas na biomedicina que se utilizam dos efeitos paradoxais, como é o caso do metilfenidato ou da bupropiona, antidepressivo indicado para aqueles que querem parar de fumar, achado adverso de seu uso em pacientes psiquiátricos (FOCCHI *et al.*, 2000).

Atualmente, devido ao variado número de alterações, sintomas ou doenças para os quais determinada medicação está indicada, bem como às inúmeras reações que uma substância pode despertar num organismo e à precisão crescente dos observadores médicos, restam poucas diferenças entre a abordagem biomédica e a homeopática: o número e tipo de informação trabalhada por medicamento e/ou paciente, e a quantidade de remédios por caso clínico; a diluição é utilizada por ambas, opcionalmente, a exemplo da alergologia.

Há indícios de que o resultado global é possível não só com o medicamento dinamizado, mas também com doses ponderais. A experiência clínica tem demonstrado resposta abrangente mediante qualquer dinamização. Hahnemann supôs que a alta diluição fosse indispensável, mas tudo indica que a repetição de doses ainda bastante concentradas seja um procedimento equivalente, embora não se haja estabelecido ainda com segurança o número de doses necessárias ou o intervalo mínimo de tempo para se obter uma resposta abrangente. *Além da dose existe um elemento importante no resultado: se uma eventual suscetibilidade estiver presente, a droga causará desordem em quase todas as quantidades e curará em quase todas* (HUGHES, 2001, p. 69). Pode-se afirmar, até nova ordem, que a diluição representa um subproduto na homeopatia, de valor secundário!

Em verdade, a diferença capital entre a abordagem sistêmica e a analítica cinge-se ao número e tipo de efeitos da substância, bem como da quantidade e/ou qualidade dos sintomas do paciente, com que cada terapêutica trabalha.

A prescrição de um remédio baseado no efeito principal, a exemplo da *dipirona* para a febre ou dor e, conseqüentemente, a avaliação focalizada apenas no sintoma selecionado ou no mecanismo que aciona na fisiologia corporal traduz, por um lado, o grau de reducionismo da metodologia científica prevalente e, pelo outro, permite uma análise estatística em relação à alteração específica. Já a maior quantidade de informação não se resume ao aspecto numérico, alcançando uma noção qualitativa e dinâmica no enfermo e, assim, a causa e a seqüência linear dos mecanismos internos do organismo não são mais suficientes para explicar o efeito curativo. A seleção do medicamento baseado em aspectos peculiares, tanto do paciente como da substância, possibilita um resultado com tendência a ser global. Uma única substância traz em si diferentes efeitos, capazes de estimular várias funções alteradas. Por isso, a escolha do remédio constitui um processo muito rigoroso.

Então, o desafio do profissional modifica-se, dependendo da ciência com que ele trabalha: em tese, quando lança mão do efeito patente e repetitivo, haverá de lidar com o ajustamento correto da dose, com os efeitos “indesejados” e com o risco de associação inadequada com outras medicações; se recorre aos efeitos raros e sutis, defrontar-se-á com a árdua peleja de priorizar os sintomas peculiares que indiquem o remédio individual de forma segura, além de avaliar o resultado depois em sua totalidade, o que é bem mais complexo do que acompanhar uma alteração isoladamente. O primeiro método permite controle quantitativo, ao passo que o último exige análise qualitativa.

Enfim, não há evidências de que existam princípios terapêuticos diferentes regendo a ação do medicamento químico em comparação ao diluído. Pode-se presumir que toda substância sinaliza seus indicadores terapêuticos através, obviamente, dos dados curativos, aos quais também se podem acrescentar os efeitos colaterais, paradoxais e patogenésicos. Portanto, o raciocínio hahnemaniano quanto ao espectro terapêutico de cada substância

parece pertinente ainda hoje, mas que pode ser ampliado, em tese, para o seguinte: todos os efeitos que uma substância provoca no homem sadio, somados aos sintomas que ela extingue, constituem os seus indicadores terapêuticos. Saliente-se que o efeito é sempre o mesmo, esteja o indivíduo sadio ou enfermo. A diferença é que a substância pode ser empregada de acordo com os seus efeitos mais evidentes ou segundo os raros e sutis. O organismo saudável pode demonstrar a presença do agente externo através de manifestações colaterais ou patogenésicas, e o doente aproveita-se delas para se recompor.

Mas, se não é graças a efeito primário ou secundário, nem a lei dos semelhantes e dos contrários, aqui descartados, tampouco à diluição da substância — real, mas não indispensável — como se dá esse fenômeno?

Efeito lógico

Quando se afirma que dipirona é antitérmico não significa que ela atue obrigatoriamente “contra” a febre, segundo uma suposta lei dos contrários. Considerando que a hipotermia é uma das reações adversas da substância, cabe a possibilidade de que o organismo febril esteja “ávido” por esse efeito. Nos doentes,

a suscetibilidade ao estímulo específico encontra-se tão aumentada que a mesma dose que pode ser utilizada nos indivíduos saudáveis sem qualquer inconveniente em particular é capaz de produzir uma ação das mais violentas, e doses muito pequenas são capazes de atuar (DUDGEON, 2003, p. 19).

Independente dos mecanismos de ação farmacológicos que medeiam o efeito analgésico e antitérmico é provável que a eficácia da dipirona em relação à febre seja devido à sua propriedade de desencadear hipotermia. É sabido que quando ingerida por pessoas saudáveis, raras apresentam tal efeito colateral, o que não impede o seu uso generalizado. Contudo, pacientes com a temperatura elevada mostram-se extremamente suscetíveis de aproveitá-lo.

Raciocínio idêntico pode ser aplicado a grande parte dos efeitos medicamentosos. Assim, qualquer efeito eventual, que aparece como colateral, adverso ou patogenésico será transformado em salutar pelo organismo, desde que suas próprias alterações necessitem do mesmo para retornar à homeostase. Desse modo, pesquisando dentre os efeitos da *dipirona* aquele que pudesse estar associado com o resultado analgésico da substância, encontram-se evidências indiretas. Haveria de ter efeitos colaterais do tipo redução da sensibilidade, de analgesia ou anestesia que, no entanto, não foram encontrados. Ressalve-se que podem não ter sido valorizados, caso tenham ocorrido de forma discreta e passageira, já que os pesquisadores tradicionais só contemplam as alterações ostensivas.

Contudo, na pesquisa por efeitos equivalentes à analgesia, deparou-se com hipotensão, choque e coma (OKONEK, 1980), os quais permitem uma associação secundária: a droga tem o potencial de induzir diminuição acentuada da sensibilidade dolorosa, a exemplo do quadro comatoso. *Sobredosagem da dipirona provoca várias reações como: náuseas, vômito, dor abdominal, deficiência/insuficiência aguda dos rins; mais raramente, sintomas do SNC (vertigem, sonolência, coma, convulsões)* (VALE, 2006). Portanto, em indivíduos com dor, tal efeito é aproveitado de forma rápida e muito frequente pelo organismo. Também respalda a hipótese o fato da hipotensão ser um efeito colateral comum da dipirona e, ao mesmo tempo, causa importante de coma. Tal reação adversa é mencionada também na própria bula de ibuprofeno, e abunda na intoxicação pelo paracetamol (SCHIODT, 1997), sugerindo que a redução da dor — efeito comum dessas substâncias — pode estar associada à capacidade de diminuir intensamente a resposta a estímulos dolorosos, chegando ao próprio coma.

Enfim, a resposta terapêutica é simplesmente a capacidade do ser vivo transformar um ou mais dos possíveis efeitos da substância em algo desejável e/ou necessário ao seu próprio reequilíbrio. Aquela alteração colateral que se manifesta de forma frequente, ocasional ou rara, seja em outros pacientes ou em indivíduos sadios, encontra em determinados enfermos o campo propício, que a revela com efetividade e rapidez.

Parece válida, portanto, a seguinte análise quanto ao efeito de uma substância em seres vivos:

1. Não ocorre nenhum efeito.
2. Existe efeito, o qual se manifesta:
 - 2.a — de forma terapêutica, anulando algum distúrbio existente.
 - 2.b — promovendo alguma sintomatologia: tóxica, colateral ou patogênica.
 - 2.c — somando itens *a* e *b* acima: efeito terapêutico e sintomatológico.

O aparecimento de alterações toxicológicas, colaterais e patogênicas — seja acidental ou em pesquisa controlada — mostra o conjunto de efeitos que uma substância desencadeia e, portanto, aquele que parece indesejável num paciente ou experimentador, pode resultar em benefícios, desde que o indivíduo apresente alguma alteração que necessite do mesmo. Então, pode-se dizer que a resposta terapêutica à determinada substância se dá através do efeito “lógico” ou habitual.

De acordo com a teoria dos semelhantes, dipirona teria obrigatoriamente que sanar a hipotermia, pois provoca tal efeito. É possível que a substância também esteja indicada para o tratamento de algum tipo de temperatura corporal baixa, cujas características ainda não foram descobertas e bem definidas. Observe-se que um de seus efeitos corriqueiros é, em verdade, provocar hipotermia, desde que o sujeito ache-se em estado febril. Existe

um efeito medicinal e um organismo carecente dele. No estudo da matéria médica de *dipirona*, hipotermia se enquadra no P- e a febre, no P+. Atente-se ainda que a febre é um efeito colateral frequente dos antitérmicos: *o uso de analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios também pode causar febre e, raramente, fenômenos autoimunes, doença do soro e alopecia* (BRICKS, 1998, p. 132). Se tanto a hipotermia como a febre constituem efeitos colaterais dessa substância, a resolução da hipotermia pela mesma obedece a qual suposto critério, dos semelhantes ou dos contrários, já que os dois são possíveis? Eis porque, definitivamente, a divisão da cura em dois princípios é imprecisa e desnecessária.

Pode-se dizer que os efeitos estampam-se nos testes farmacológicos, ensaios clínicos e patogenias, mas é necessário descobrir-lhes o significado. No caso do *metilfenidato* (Ritalina), para que se encontrasse uma aplicação terapêutica segundo o efeito paradoxal foi preciso identificar um quadro clínico compatível. Não se obtém resultado em qualquer agitação e/ou dispersão.

Um efeito curativo bem evidente resulta num remédio bastante eficaz para o respectivo sintoma ou quadro, especialmente se as reações adversas são escassas e discretas. É esse, provavelmente, o caso das experiências nos laboratórios das indústrias da farmacopeia química. Quando são numerosas e graves, a substância pode ser investigada em relação aos efeitos patogênicos, conforme a experimentação no homem sadio e, então, empregada em formulação necessariamente diluída para evitar as complicações toxicológicas. Eis aí uma das contribuições do método hahnemaniano. Dessa forma, muitas substâncias venenosas ou alucinógenas, a exemplo de arsênico, mercúrio, ópio e maconha tornam-se medicamentos dinamizados com quadro confiável de indicadores terapêuticos, sem qualquer risco de intoxicação ou dependência.

O que permite o efeito terapêutico é a necessidade do organismo. Pode-se dizer que a pessoa carece daquele estímulo, tem fome daquela virtude medicinal, aproveitando-a dentro de suas possibilidades e limitações. Caso ela estivesse saudável, não haveria resposta alguma, e se a substância fosse tóxica, surgiria alguma manifestação respectiva, cuja frequência depende de sua patogenicidade, à semelhança do que se viu no capítulo *Suscetibilidade e Predisposição*; não sendo, poderia ocorrer algum efeito patogênico em indivíduos sensíveis e, particularmente, nos experimentadores treinados para tal investigação. O fenômeno curativo decorre da capacidade do doente valer-se do potencial terapêutico da substância. Enfatize-se que a propriedade de desencadear efeitos pertence ao medicamento, porém é o ser vivo que dele se utiliza para os fins que lhe convém. **Se o efeito fosse atributo apenas da substância, haveria sempre de aparecer resultados em decorrência de sua ingestão e/ou introdução no paciente.**

A visão reducionista busca os efeitos notórios das drogas, estuda os seus mecanismos de ação, e prioriza a aptidão principal de cada uma: o remédio se impõe e corrige a natureza, utilizando ações coercitivas sobre determinado setor do organismo para a correção da carência ou do excesso.

Dentre as abordagens sistêmicas, a homeopatia se apoia na existência da virtude medicinal adequada ao indivíduo como um todo, escolhida através de seus efeitos mais raros e sutis e que, uma vez ingerida, mobiliza as funções orgânicas de modo generalizado, corrigindo as perturbações.

Este salto do efeito imposto, de fácil mensuração quantitativa, para o efeito harmônico, de avaliação qualitativa complexa, continua no próximo item, seguindo adiante no paralelo entre as duas abordagens.

Medicamento químico sob enfoque homeopático

Dipirona

A *dipirona*, diluída ou não, experimentada por pessoas relativamente sadias e treinadas em procedimento patogênico, deverá suscitar efeitos muito interessantes. Pode-se prever o aparecimento de sensações relacionadas à falta de defesa, na polaridade negativa, e de reação exagerada, desproporcional, na oposta, simbolizadas pela neutropenia e eritrodermia, respectivamente. Todavia, as nuances, as modalidades e os detalhes que hão de compor a figura patogênica da *dipirona*, e que ocuparão o espaço entre estes extremos opostos ainda são desconhecidos, até momento, e o único recurso competente para descobri-los é a experimentação hahnemaniana. Na ausência destes dados peculiares, resta a expectativa de que o emprego clínico — acompanhando o paciente como um todo, venha preencher tais informações e funcione como dispositivo complementar. Neste caso, novos *sintomas curados* — além de *febre* e *dor*, já citados — serão incorporados à matéria médica, em caráter provisório, a fim de obter a confirmação ou o descarte.

Analisando os efeitos estudados acima e aplicando-lhes o raciocínio do ‘efeito lógico’, é possível efetuar algumas ilações: em tese, a *dipirona* teria capacidade de promover reação cutânea — em função da eritrodermia — e pode ser cogitada em patologias nas quais a pele mostre pouca vitalidade, a exemplo da *ptíriase* e das *micoses*.

Nesta mesma linha de pensamento, baseando-se nas reações adversas neutropenia e trombopenia, é razoável considerar a eventual indicação terapêutica desta substância nas doenças com aumento de plaquetas e leucócitos, como *Policitemia vera*, *Kawasaki*, *leucemias* etc. Segundo Cazarin (2005), *os fatores que estão, ocasionalmente, associados a casos de aplasia medular são: agentes antimicrobianos (cloranfenicol, arsênicos orgânicos), anticonvulsivos, analgésicos (fenilbutazona e dipirona) e agrotóxicos diversos, tais como: dicloro-difenil triclороetano (DDT) e pentaclorofenol*. Além disso, é necessário fazer o diagnóstico diferencial com outras patologias que podem cursar com *aplasia medular*.

De forma análoga, pode-se cogitar do emprego de *dipirona* para pacientes com hipertensão arterial, considerando o seu efeito adverso

hipotensão, bem como para quadros de constipação, já que suscita diarreia e desidratação como efeitos colaterais. Nesse caso, não se pode desprezar a possibilidade de resposta hipertensora, em função da perda de líquidos, o que tornaria a substância indicada em determinado tipo de hipotensão, o que provavelmente seria rotulado de efeito paradoxal.

A investigação de qualquer uma dessas hipóteses representa um custo altíssimo, pois envolve pessoal muito qualificado e longo trabalho.

A solução homeopática para este emaranhado de possibilidades é extremamente interessante: trabalhar com o grupo de dados peculiares da substância, a *totalidade característica* (TC), obtida através da experimentação no homem sadio. Na ausência deles, como é o caso da *dipirona*, recorre-se ao que se conhece como *mosaico*: reúnem-se os dados e forma-se um conjunto, independente da relação que exista entre eles. Assim, concebe-se a utilização da *dipirona* para um paciente, cuja sintomatologia abarque, dentre outros, os itens: leucopenia, eritrodermia, hipotermia, dor, trombopenia, hipotensão, febre e arritmia cardíaca — agregados à matéria médica desta substância. Esse conjunto de alterações corresponde à *dipirona*. Quanto mais raro for o surgimento do quadro na experimentação ou toxicologia, por outras substâncias, maior possibilidade de seu êxito na terapêutica. Entretanto, vale frisar: **a ausência de dados patogénicos peculiares diminui acentuadamente a chance de êxito terapêutico.**

Ressalte-se que a TC permite englobar os elementos de ambas a hemifaces — tanto do paciente como da substância — num único conjunto. Já se pode iniciar a discussão do conceito de **virtude medicinal**, que será retomada abaixo, significando que a ingestão do medicamento não é acompanhada obrigatoriamente de efeitos, mas que eles existem em potencial e podem ser utilizados ou não pelo organismo, dependendo de sua necessidade ou suscetibilidade.

Assim, **os efeitos terapêuticos, colaterais e patogénicos, não são onipotentes, ou seja, eles não se manifestam em todos os indivíduos com os quais a substância entra em contato. Se assim fosse, os experimentadores sadios, bem como os enfermos, tenderiam a exibí-los sempre que a substância fosse ingerida.** Desse modo, os distúrbios provocados nas pessoas servem também para dizer como os seres vivos identificam aquela substância. Se estes sinais e sintomas aparecem de forma mais estável ou significativa em qualquer criatura, isso a caracteriza como doente. Tais alterações podem demonstrar efeitos da presença exagerada, espécie de intoxicação, o que equivale ao polo positivo, ou da carência, o que se enquadra no negativo. A junção das duas vertentes reconstitui a unidade do indivíduo. É esse organismo uno que pode se reequilibrar com o uso terapêutico da substância, através do livre aproveitamento de sua **virtude medicinal**. O estudo de N-Acetilcisteína, abaixo, deixará isso mais claro.

N-Acetilcisteína

A N-acetilcisteína — NAC — é, na atualidade, um antídoto eficaz e seguro para tratar intoxicação aguda por paracetamol, *e é mais eficaz quando administrado nas primeiras oito horas da ingestão* (GUPTA *et al.*, 2009; OGA, 2008, p. 54). NAC é um precursor da glutatona que, por sua vez, metaboliza esse antitérmico (JAMES, 2008).

O que a acetilcisteína faz, na verdade, é aumentar o metabolismo fisiológico do paracetamol através da glutatona, o que contribui para reduzir o seu nível sanguíneo e, conseqüentemente, evitar ou amortecer a necrose dos hepatócitos.

Dentro do enfoque reducionista, o efeito mais evidente de uma substância determina o seu principal uso terapêutico. Assim, num quadro de intoxicação por paracetamol, há urgência de algo que o metabolize, viabilizando sua eliminação sem causar danos.

As urgências médicas vão sempre recorrer — com justa razão — à informação reducionista no tocante ao efeito das substâncias. Assim também é com a dor e a febre. O problema é limitar-se a esse horizonte ou julgá-lo o único conhecimento válido. Mas, tudo indica que a ampliação do enfoque seja inevitável: olhando os possíveis empregos terapêuticos da NAC, vê-se que, por força das injunções, a ciência terá que alargar o seu próprio espectro. Essa substância faz parte do grupo dos antioxidantes e tem se obtido resultados terapêuticos através do seu uso para os seguintes quadros: doença pulmonar obstrutiva crônica, prevenção de dano renal induzido por contraste em exames imagenológicos, doença pelo vírus influenza, fibrose pulmonar, infertilidade na síndrome do ovário policístico, prevenção química do câncer, ser associado para erradicação do *H. pylori*, profilaxia da perda de audição por gentamicina em pacientes sob diálise renal (MILLEA, 2009); tricotilomania (GRANT, 2009); efeito preventivo para infecção estreptocócica em alcoólatras (TANG, 2009); prevenção do desejo pela cocaína durante a fase de abstinência (MOUSSAWI, 2009); melhora da negatividade em esquizofrênicos (LAVOIE *et al.*, 2007); resultado positivo no tratamento de depressão no transtorno bipolar e no hábito de roer unhas (BERK, 2009), dentre outros empregos terapêuticos.

Todavia, existem indícios que a NAC deve ser usada durante um período curto de tempo, nos casos de intoxicação aguda por paracetamol, porque, do contrário, retarda a recuperação hepática, principalmente nos enfermos que demoram a buscar atendimento médico (YANG, 2009). Admite-se que nesses pacientes, o nível de glutatona já tenha sido restaurado e, assim, o uso prolongado da acetilcisteína induz à vacuolização do hepatócito. Cabe recordar que o organismo encontra-se fragilizado devido à agressão sofrida. É possível refletir que após o efeito protetor imediato, promovido pela NAC, a mesma comece a ocasionar outras ações, as quais podem ter algum inconveniente e recebem a pecha de reações adversas ou efeitos colaterais.

Desse modo, quando a acetilcisteína — ou qualquer outra substância — é introduzida num doente, o seu efeito imediato depende da sede onde se localiza a carência. Num quadro de intoxicação por paracetamol, a NAC será consumida imediatamente pelo fígado para produzir glutatona; caso ele esteja com afecção pulmonar obstrutiva crônica, o aparelho respiratório utilizará o aporte para promover ação mucolítica; se o indivíduo apresenta transtorno obsessivo compulsivo (TOC), a substância será aproveitada pelo sistema nervoso. Qual será o benefício na perturbação já existente, e quanto tempo levará para que a presença da NAC comece a apresentar seus *efeitos “colaterais”* em lugares em que não são desejados e em que intensidade eles ocorrerão depende, em princípio, de fatores relacionados a cada paciente. Aqui se pode reconhecer o altíssimo valor da dose única que a homeopatia desenvolveu, pois o risco de desencadear efeito colateral associado à repetição de doses é quase nulo!

Mas, caso o indivíduo seja sadio, o efeito da ingestão tende a ser do tipo patogênico: sutil e fugaz. Exceto, obviamente, se a substância possui algum potencial toxicológico, mostrando-se capaz de desencadear efeitos intensos em doses diminutas, mesmo em pessoas saudáveis, e também no caso de substância atóxica, porém ingerida em grandes doses.

No entanto, se o paciente apresenta várias alterações simultâneas — ou sequenciais no tempo — e todas indicam NAC, o que deve ocorrer é um efeito difuso da substância em diferentes sistemas e órgãos, desencadeando um reequilíbrio geral. Vislumbra-se, nesse caso, ainda com mais clareza a transição do resultado circunscrito a um ou poucos efeitos para o sistêmico, no qual uma única substância tem possibilidade de mobilizar o organismo de forma **global**, pois a seleção do medicamento foi realizada através de uma lista de efeitos peculiares observados em sujeitos sadios. Portanto, não se necessita de vários remédios para os diferentes distúrbios, bastando apenas um, cuja **virtude** contenha, em latência, todos os efeitos de que aquele enfermo carece.

São dois caminhos, igualmente válidos, de se trabalhar com a mesma substância: por um lado, o efeito frequente e ostensivo, pelo outro, o sutil e raro, cada qual com os seus atributos, sendo que o primeiro tende a ser regido pela dosagem — prevalecendo o aspecto quantitativo —, enquanto o último, governado pelo ajuste rigoroso da substância ao quadro geral do paciente, faz sobressair o critério qualitativo. Assim, o emprego reducionista estriba-se no efeito toxicológico, que tende a se repetir em grande número de pessoas e a se impor ao organismo no tocante àquele aspecto ou função. Funciona muito bem para os quadros agudos, na maioria das vezes, eliminando o distúrbio e facilitando a recuperação da homeostase. Entretanto, costuma se mostrar impotente nas moléstias crônicas, requerendo o uso prolongado ou vitalício, o que acarretará quase obrigatoriamente o aparecimento de efeitos indesejáveis. Perante tal perspectiva, justifica-se uma abordagem terapêutica sistêmica.

E, como uma única dose diluída é suficiente para o indivíduo se recompor de forma generalizada, corrobora-se a tese de que se trata de um fenômeno qualitativo, superando por completo o valor de sua quantidade. Por outro lado, entende-se que quando se propõe a obter o efeito principal — evidente na pesquisa básica ou clínica da respectiva substância — a posologia desempenhe papel relevante a fim de constranger o conjunto orgânico à resposta esperada.

Em relação à prescrição homeopática, não se trata de superposição de grande número de alterações entre o paciente e o medicamento. Em muitas ocasiões, a matéria médica com mais dados não é a que se prescreve, pois isso corresponderia ao critério quantitativo. No entanto, a escolha assenta-se, antes de tudo, no método qualitativo: ainda que menos investigada, a substância que melhor cobre as **marcas peculiares** do doente é a que se indica. Note-se a transição de “mais dados” para o conceito de “melhor”. Tal diferenciação só é possível devido ao efeito patogênico raro e sutil, que revela percepções profundas, sentimentos adulterados, atitudes impróprias, modalidades estranhas de todo o tipo, com riqueza singular. Às vezes, um único efeito patogênico permite compreender toda a trajetória existencial do sujeito. Enfim, é necessário sair do raciocínio numérico e pensar em termos de qualidade...

A teoria aqui proposta contempla o fenômeno terapêutico tanto em seu aspecto restrito bem como no âmbito dilatado. O efeito mais evidente, obtido em dose ponderal — típico do pensamento reducionista — conserva o seu indiscutível valor, e obedece às leis newtonianas, com suas respectivas limitações. O efeito amplo adquire consistência, mesmo que complexo e mais trabalhoso e se encaixa nos princípios da relatividade e da física quântica. Em síntese, pode-se afirmar como regra geral que o efeito toxicológico é comum e saliente, permitindo o uso da substância conforme essa aptidão e, portanto, avalia-se o resultado quanto a esse ponto, ao passo que o efeito patogênico é raro e sutil, e varia conforme a interação da substância com diferentes indivíduos, mas oferece possibilidade de ajuste ao paciente como um todo e, conseqüentemente, resposta global.

Assim, o fenômeno terapêutico transforma-se no personagem principal da investigação realizada ao longo do livro. Ele se expressa em várias circunstâncias e de diferentes modos. Turato (2005) diz que

a interpretação do cientista há de ser feita na perspectiva dos entrevistados e não uma discussão na visão do pesquisador ou a partir da literatura. Deve-se principalmente trazer conhecimentos originais e não se fixar em confirmar as teorias já existentes, pois assim a ciência não avança.

O princípio terapêutico descortinado no presente texto elimina a dicotomia entre semelhantes e contrários, e a postura até certo ponto fundamentalista que se infundiu no meio homeopático — atribuindo o bem à semelhança e o mal à oposição — para reunir ambos num só processo:

de um lado, o efeito da substância — marcante e/ou raro —, pelo outro, a necessidade do organismo.

A descoberta dos efeitos peculiares de cada substância, através da patogenesia, e que permite a identificação do paciente como um todo para que possa ser tratado com apenas um medicamento é um insight absolutamente genial de Hahnemann! Os traços patogénésicos, que têm muito mais de sinal do que de efeito da substância — levando-se em conta o seu caráter sutil e passageiro — transformam-se em código para retratar o seu perfil. A experimentação no homem sadio representa um processo revolucionário de pesquisa dos indicadores terapêuticos das substâncias. E, reconhecendo o papel do organismo no aproveitamento do potencial curativo, pode-se focar a seguir a discussão em torno da **virtude medicinal**.

Virtude medicinal

Constatando-se a atuação da *dipirona* num quadro de febre e dor, verifica-se que a substância age sobre sintomas do polo positivo e negativo, simultaneamente. Portanto, reconhece-se que sua propriedade medicinal engloba ambas as polaridades. Caso o paciente apresente mais alterações do conjunto toxicológico ou patogénésico da *dipirona* — ainda que desconhecidos — ela atuaria de forma terapêutica mais ampla, porém isso exigiria um observador qualificado para prescrevê-la de forma mais abrangente e avaliar a resposta.

A variante mais notável da homeopatia foi perceber que os múltiplos efeitos despertados no ser vivo por ocasião do contato com a substância representam, todos eles, indicadores terapêuticos, ainda que sob o entendimento teórico parcial da similitude. Mas, na prática, reuniu os efeitos curativos, tóxicos, colaterais e patogénésicos de determinado substância obtendo a relação geral de informações a seu respeito, isto é, sua matéria médica. A somatória deles permite afirmar que toda substância pode ser identificada pelo conjunto de efeitos, mais ou menos diversificado e, geralmente, pouco conhecido, como é o caso da NAC.

Olhando tal realidade, constata-se que solucionar diversos distúrbios físicos e mentais — frequentemente de polos antagônicos — com um único medicamento exige que se transcenda a concepção de efeitos espalhados em diversos locais e se entenda o valor da **virtude terapêutica** contida em cada substância. Porque, de fato, os efeitos não ocorrem, forçosamente, em todos os sítios possíveis, mas somente naqueles em que o organismo se aproveita de sua presença e os manifesta, bem como em locais onde há suscetibilidade para evidenciá-los, ocorrendo então na forma de patogénésicos ou colaterais. No resultado terapêutico, é necessário admitir não como efeito e sim na forma de resposta salutar. Quando se usa *dipirona* ou *paracetamol* para febre ocorre uma hipotermia relativa no paciente, pois o organismo abaixa a temperatura, graças ao estímulo antipirético desses agentes.

Portanto, não acontece o efeito toxicológico — a exemplo de uma hipotermia clássica — nem o patogénico, mas ocorre uma reação ao potencial latente da substância, e o resgate da “eutermia”.

Pode-se afirmar que o remédio é uma fonte virtual de diversos efeitos, os quais se concretizam de acordo com a capacidade do paciente de transformar aquela excitação em resposta. O raciocínio habitual e consagrado, decorrente da concepção mecanicista da ação medicamentosa, de dizer que a substância provoca efeitos carece ser reformulado para outra leitura: **na fase de contato inicial, os efeitos potenciais da substância são detectados pelo organismo que, posteriormente, converte-os em estímulos a fim de promover as reações e mudanças internas.** Se forem alterações necessárias à homeostase, elas serão consideradas terapêuticas. Enfatize-se que a virtude medicinal jaz incorruptível na substância, seja química ou diluída, porém é o complexo orgânico que executa as ações, podendo ser oportunas ou inconvenientes, estimuladas ou constringidas.

Portanto, em sua essência ou em si mesmo, o efeito permanece inalterado. Não é necessária a sua manifestação “literal”. O que importa é que o organismo realize uma mudança com aquele mesmo conteúdo ou significado. O tema da matéria médica equivale à virtude medicinal, sempre a mesma, latente no íntimo da substância, e que se revela por intermédio das transformações que sucedem em cada paciente. Por isso, o mesmo *Sulphur* atua num portador de egoísmo e, noutro, de prodigalidade, ou ambos os sintomas num único enfermo. Não ocorre efeito objetivo, mensurável, mas influência do remédio e movimento interno por parte do doente, perfazendo um retorno ao centro de si mesmo, como se verá no capítulo *Prognose e Cura*.

Examinando a questão da metodologia, constata-se que após o levantamento extenso do indivíduo como um todo, efetua-se uma síntese: a repertorização. O regresso da totalidade a uma expressão concisa — como também se viu na matéria médica e seu respectivo tema — demonstra que o reducionismo será sempre um procedimento válido para a marcha do conhecimento. Além disso, segundo a dialética, a síntese representa a resolução do conflito entre hipótese e antítese, originando, a seu turno, nova referência hipotética para futuros pacientes, os quais corresponderão a variações do mesmo tema. O acúmulo de vários casos clínicos com base no estudo proposto para determinada matéria médica cria uma totalidade original, que deve impelir a uma síntese ainda mais consistente, não em função da quantidade, mas da qualidade do produto.

É o ajuste refinado entre as peculiaridades da substância e do paciente que possibilitam, de forma frequente, o resultado terapêutico qualitativo. Neste caso, há uma interação abrangente e profunda entre ambos, e tudo indica que se cumpre, então, fenômeno postulado pela física quântica: *quando duas partículas interagem, elas continuam a influenciar e a transferir informação mútua e instantaneamente, não importando quão distantes estejam uma da outra. (...) Tudo acontece em algum nível subquântico, invisível, de realidade* (BRASIL, 2010, p. 21).

Para se respaldar a tese do medicamento como **virtude terapêutica latente**, convém recordar que, não raro, o experimentador apresenta efeitos patogênicos que não exprimem alterações, mas referem-se à qualidade ou princípio que constituem a substância.

Situam-se alguns exemplos:

1. *Disposição delicada, com consciência muito clara (Ignatia amara)* (HAHNEMANN, 2009). Lembre-se que esse dado é fundamental para a proposição da delicadeza como tema da matéria médica — veja capítulo *Ignatia amara*.
2. *Exaltação do senso comum de irmandade (Phosphorus)* (idem). Esse dado também contribui para a compreensão de diversos indicadores, com destaque para a *afetuosidade*.
3. *Composto, calmo, embora humor não alegre (Aconitum napellus)* (idem).
4. *Social e comunicativa (Lachesis)* (HERING, 2009). Embora a comunicação não seja o básico de Lachesis, é uma atitude importante nesse remédio.
5. *Religioso, disposição alegre, felicidade, contente consigo mesmo e sua posição (Opium)* (HAHNEMANN, 2009). Felicidade é o tema central dessa matéria médica, modalizada através da fantasia.
6. *Deus deu a vida eterna à criatura sem lhe perguntar antes se ela queria ou não, porque lhe seria impossível opinar sem conhecer ou experimentar (Guajacum)* (Veja capítulo *Guajacum officinale*). A gratuidade parece representar o seu eixo central, projetado no importantíssimo bem: a vida eterna.

Em outros casos, o dado patogênico cita a virtude, qualidade ou princípio, mas já acrescenta algum excesso ou deficiência relativa à mesma:

7. *Excessivamente compassivo (Causticum)* (HAHNEMANN, 2009). Os efeitos de **Caust** giram em torno do aumento e/ou diminuição da compassividade.
8. *Alegre, contente consigo mesmo; confraternizado com o mundo todo (Aloe socotrina)* (idem).
9. *Sensação de considerável resolução mental (Chininum sulphuricum)* (ALLEN, 2009).
10. *Teoriza constantemente. (Cannabis indica)* (idem).

Portanto, a patogenesia não se limita a exprimir efeitos multifacetados, mas entremostra, além disso, a virtude ou função básica que os origina. Esses elementos ilustram a qualidade da substância, porém, de forma distorcida, evidenciando sua intensificação no polo positivo e a redução no polo negativo. A raridade da percepção do efeito correspondente à **virtude**, provavelmente se deve ao fato de ser uma sensação saudável e, portanto, passa despercebida ao experimentador.

Considerando que o hipotético princípio dos semelhantes ficaria restrito somente ao efeito paradoxal, verifica-se que aquela teoria não explica a amplitude de ação que a substância adquire ao resolver um quadro com alterações de ambos os polos. Cabe reconhecer que, de fato, Hahnemann alargou o potencial terapêutico das substâncias, possibilitando o uso tanto pelo prisma da semelhança como dos contrários, o que leva ao **efeito global**, que será discutido pouco adiante. Em outras palavras, a qualidade reparadora da substância é algo que transcende o conjunto de efeitos que ela sinaliza. Pode-se, então, deduzir a existência de um princípio da *terapêutica*, cujo enunciado é: **toda substância sinaliza os seus próprios indicadores terapêuticos — além dos óbvios efeitos curativos — através de alterações, sejam frequentes ou peculiares, ostensivas ou sutis, demoradas ou passageiras que promove nos seres vivos, por meio de ingestão acidental ou voluntária, mas de preferência, no sujeito sadio, segundo o protocolo de experimentação patogenésica.** Talvez a distância entre o método cartesiano e o sistêmico seja parecida com a que existe entre o ponto e a reta, conforme analisa Ubaldi (1979, p. 121) acerca da evolução das dimensões. A última nada mais é senão um feixe de espécimes da primeira. Em relação à quantidade de dados para se trabalhar, o enfoque reducionista está para o ponto, assim como o qualitativo para a reta. Paradoxalmente, a diluição parece útil para se promover um efeito global — mente e corpo — com apenas uma única dose. Esse paradoxo homeopático pode ser alinhado a tantos outros, descritos acima, e persistirá encarando a ciência, se é que algum dia ela ofereça resposta satisfatória para tão intrigante enigma... De qualquer forma, o tratamento em dose única, seja diluído ou químico, a exemplo da penicilina na sífilis, demonstra que o organismo aproveita o estímulo medicinal de forma qualitativa diferenciada em comparação com a dosagem repetida.

Efeito global

Diante de um paciente com múltiplas alterações, a conduta analítica inclina-se a prescrever diversas substâncias, considerando o principal efeito terapêutico de cada. Raramente o profissional utiliza um único remédio visando vários sintomas, a exemplo do antibiótico ou hormônio. Assim, a técnica mais em voga se empenha em reduzir o quadro das alterações ao diagnóstico da patologia e, se possível, ao fator etiológico, admitindo-se que sanado esse ponto tudo estará resolvido.

A prescrição sistêmica raciocina, com frequência, em termos de efeito global, constituindo a meta basilar do tratamento. De acordo com a experiência clínica, sabe-se que a resposta abrangente — mental e física — é possível, através de um só medicamento e, opcionalmente, de uma única dose. Desse modo, o remédio mais adequado ou *simillimum* é aquele que promove o restabelecimento generalizado.

No entanto, a investigação desse fenômeno encontra-se ainda muito influenciado pela ideia da ação pautada exclusivamente no agente externo. O enfermo é transformado em instrumento passivo e tudo se resume a encontrar o remédio mais amplamente adequado.

Credita-se ao *simillimum* a resposta ideal, graças a uma suposta abrangência completa em relação aos indicadores do paciente. Observe-se que, nesse caso, parece subsistir o enfoque quantitativo, julgando que tal resultado prova a adequação à totalidade do quadro. E, por mais que se veja na clínica, com enorme frequência, a solução de apenas alguns sintomas, supõe-se que a medicação atue sempre no indivíduo como um todo (ELIZALDE, 2004, p. 169), contrariamente às evidências. Grande contingente evolui por cotas progressivas, atestando que o organismo aproveitou o remédio para sanar apenas parte de suas alterações.

Caso essa melhora estivesse vinculada à boa relação médico-paciente, seria obrigatório que os psicólogos tivessem incomparável casuística, já que se encontram mais bem aparelhados do que os homeopatas para realizar esse tipo de intervenção.

Desse modo, embora não tão frequente quanto desejado, o **efeito global** representa o magno objetivo. Por outro lado, tal resultado pode surpreender, ocorrendo quando se apoia a seleção do remédio somente no quadro agudo ou num sintoma raro, estranho e peculiar. Daí o profissional imagina que a resposta ampla e profunda decorre da adequação a muitos outros dados, apesar de inaparente.

Tal juízo procede e deve ocorrer em muitos casos. Entretanto, a evolução satisfatória e inesperada exige que se reconheça no organismo a fonte primária das modificações. Quando o paciente realiza uma verdadeira metamorfose pessoal, é necessário verificar que a beleza e consistência do processo guardam conexão com a sua própria história e percurso de vida. O medicamento estimula, no entanto, a amplitude e a profundidade pertencem ao sujeito. A substância apresenta-se como **virtude medicinal** em potência, e, então, o indivíduo serve-se das informações emanadas para reorganizar-se, em diferentes latitudes de si mesmo.

A centralização do efeito no paciente explica o motivo pela qual a reação ao mesmo remédio em quadros semelhantes varia tanto, desde a ausência completa de mudança até as mais exuberantes transformações. A indução externa é idêntica, porém, os doentes diferem-se entre si, não apenas quanto ao significado de seus respectivos sintomas, mas também em relação a sua maior ou menor tendência de volver à saúde. Não basta prescrever adequadamente, pois é necessário que o enfermo tenha igualmente potencial curativo.

* * *

Seja com distúrbios repartidos nos dois polos ou descompensado em apenas um deles, seja com predomínio no físico ou na mente, a substância que foi identificada através dos efeitos patogénicos peculiares é a virtude

terapêutica da qual o paciente carece e cuja presença despertará em sua unidade mente-corpo os movimentos saneadores que podem alcançar um resultado global.

À medida que tal resposta atinge aspectos emocionais profundos e estagnados, juntamente com alterações físicas estruturadas — ambos, não raro, de longa duração — torna-se um grande desafio levantar qualquer hipótese sobre o mecanismo de ação do remédio. É possível que se encontrem receptores farmacológicos da substância terapêutica em diferentes órgãos, mas este autor propõe que, em relação ao medicamento diluído, o mecanismo de ação deve ser investigado preferentemente na bioeletricidade do sistema nervoso — vide capítulo *Medicamento Homeopático*. Pode-se conjecturar que o efeito aconteça de forma central e espalhe-se como onda pelo resto do organismo, diminuindo onde há excesso daquele princípio ou qualidade e aumentando onde há carência.

Devido ao fato de também se alcançar resultado global e profundo com a substância no estado ponderal, sem qualquer diluição, aceita-se a suposição de que não se trata obrigatoriamente de um efeito energético, mas de um sinal, uma informação, um estímulo, cuja modulação permite ao organismo se reorganizar de acordo com um funcionamento saudável.

O mecanismo de ação do medicamento químico requer uma complexa pesquisa clínico-laboratorial. Nem sempre é possível estabelecer com segurança as etapas e os processos celulares envolvidos. A homeopatia vive na expectativa que surjam evidências em relação ao efeito de seus remédios, demonstrando mudanças bioelétricas no sistema nervoso ou na transferência de informação, de acordo com teorias biológicas contemporâneas (PRIVEN, 2005). Porém, faz-se necessário realizar estudos verificando se a dose única da substância, em apresentações ponderais, é suficiente para promover resultado global e estável.

O tema é vasto e complexo. Provavelmente permanecem aspectos mal esclarecidos ou distorcidos, e aguarda-se que novas explorações os retifiquem ou aperfeiçoem. Todavia, muitas pesquisas simples e factíveis, com custos irrisórios, poderiam ser realizadas visando encontrar evidências de algum efeito imediato no sistema nervoso, a exemplo de detectar variação no nível de neurotransmissores ou na condução elétrica dos neurônios através do eletroencefalograma (EEG) ou do eletrocardiograma (ECG).

Treinamento e suscetibilidade

A observação de sintomatologia mais abrangente e, de certo modo, mais profunda — já que acrescenta elementos de ordem emocional — se deve, em grande parte, à inovação metodológica de qualificar o experimentador. Pontuando alguns itens sobre o assunto, segue-se que:

1. O ser humano, sadio ou não, é capaz de manifestar sinais e sintomas, físicos ou psicológicos, geralmente transitórios, após a ingestão de alguma substância, in natura ou diluída, à qual seja suscetível.

2. Na experimentação da substância, aparecem muitos efeitos além daqueles já registrados como colaterais, ampliando o conhecimento de seu espectro de dados, o que se transforma num método de investigação.
3. Eventual sintoma e/ou doença crônica que surge após uma investigação patogênica deve-se muito mais ao paciente do que ao remédio, sugerindo que o organismo estava prestes a apresentá-la. *Medicamentos homeopáticos em altas diluições, prescritos por profissionais treinados, são provavelmente seguros e incapazes de provocar reações adversas graves* (DANTAS, 2000). Entretanto, o aparecimento de efeitos no enfermo, após o uso de medicamento dinamizado com finalidade terapêutica, corresponde a uma espécie de *efeito colateral*. A diferença em relação ao que ocorre com o químico é que a alteração geralmente é discreta e passageira, mas há que se admitir a possibilidade de se tornar duradoura quando o uso for repetitivo e prolongado.
4. O treinamento do indivíduo como experimentador parece torná-lo potencialmente suscetível, já que o habilita para a observação de efeitos que, em geral, passariam despercebidos.

Parece que se supervaloriza a suscetibilidade individual do experimentador, bem como a importância da diluição da substância no desencadeamento de efeitos patogênicos, mas convém considerar que esses dados podem ser detectados, mesmo com a substância *in natura*, desde que os experimentadores tenham o treinamento necessário. Tal afirmativa se apoia no fato de Hahnemann ter utilizado trituração baixa para substâncias minerais e tintura mãe ou as primeiras diluições para vegetais, nas pesquisas que realizou. *Para averiguar os efeitos dos agentes medicinais, nós devemos dar uma dose única bem forte a uma pessoa sadia equilibrada que se sujeita ao experimento.* (HAHNEMANN *apud* HUGHES, 2001, p. 18). Outro relato sugerindo que muitas experimentações foram produzidas com substância em dose ponderal vem de artigo publicado pela União Americana de Experimentadores (2001, p. 20):

As substâncias solúveis geralmente são tomadas em solução, e os fluidos, diluídos suficientemente para evitar os efeitos químicos cáusticos, pungentes ou corrosivos, que destruiriam as superfícies mucosas. [No mesmo texto citado, ainda se lê (p. 21)]: a regra geral usada por Hahnemann era a de tomar todas as substâncias medicinais, conhecidas e utilizadas pela antiga escola, na dose considerada como a mais eficaz para os pacientes.

Acrescente-se o fato de Hahnemann ter trabalhado com poucos colaboradores e, mesmo assim, obtido dados patogênicos interessantíssimos, o que reduz o valor da suscetibilidade do experimentador à substância e

refuta a tese da necessidade de grande número de sujeitos ou a recomendação de *que a experiência seja feita num local no campo, de preferência a uma altitude de cerca de 4.500 metros, com ar e água não poluídos*, para a produção de efeitos patogénicos peculiares, proposta por Vithoulkas (1986, p. 216).

Conclui-se, portanto, que se a diluição/dinamização é dispensável para a investigação patogénica, exceto com substâncias muito tóxicas, e a sensibilidade do sujeito à droga parece não ser tão relevante, **o desenvolvimento do senso de observação por parte do experimentador torna-se o aspecto crucial do método**. Tudo indica que uma pequena equipe de sujeitos bem treinados, com suscetibilidade razoável a uma determinada substância, tende a produzir efeitos raros, estranhos e peculiares, possibilitando sua aplicação terapêutica baseada no paciente como um todo.

Neste sentido, dá atestado de ignorância completa acerca da homeopatia o indivíduo que se dispõe a ingerir grandes doses da substância diluída, com a intenção de desdenhá-la em função da ausência de efeitos evidentes e repetitivos. Porém, com informação e treinamento, há possibilidade do candidato detectar algumas das alterações sutis e passageiras, que costumam caracterizar a patogénia. Em caso de sensibilidade aguçada, a ingestão do remédio — mesmo em pequenas doses — pode suscitar o aparecimento de efeitos, sejam terapêuticos ou idiossincrásicos em observadores devidamente aptos para esse fim. Mas, tal procedimento só deve ser realizado sob a orientação de um profissional habilitado no conhecimento do assunto.

Caso clínico

Paciente do sexo feminino, cerca de 40 anos de idade, fez acompanhamento homeopático durante aproximadamente seis meses, apresentando melhora significativa de seu quadro depressivo. Interrompeu espontaneamente a sequência de consultas por um intervalo de alguns meses e voltou relatando ter procurado um médico convencional no período, por motivo de cansaço intenso, fraqueza por pequenos esforços. Submetida a exames laboratoriais e imagenológicos chegou-se a um diagnóstico que exigiria o uso vitalício de reposição hormonal para a tireoide, além de avaliações periódicas.

Como recomenda a práxis homeopática, colheu-se o relato das experiências vivenciadas naquela fase. A paciente acrescentou uma informação inédita, expondo que todos os seus familiares se reuniam, aos domingos, num sítio da família próximo à cidade. Entretanto, após a morte de sua genitora, cerca de 2-3 anos antes, ela *não teve mais coragem de retornar ao local*, enquanto todos os demais continuavam a fazê-lo rotineiramente.

Para sua própria surpresa, nos últimos três meses ela se encheu de disposição e, enfrentando os seus medos, retornara ao convívio da família nos fins de semanas. Foi difícil, mas tinha conseguido e se sentia muito bem.

Na verdade, não apresentava nenhuma queixa naquela consulta e havia retornado pela necessidade de uma avaliação mais ampla de si mesma, alegando que se habituara à abordagem sistêmica.

Resumiu-se a evolução a dois pontos:

1. A fraqueza orgânica da paciente era compatível com sua falta de forças para voltar à residência materna, representando uma somatização do seu sentimento;
2. A medicação química havia complementado a melhora parcial que já ocorrera, conduzindo-a à saúde profunda e integral.

Discussão do caso clínico: se a paciente houvesse referido sua dificuldade de regressar à antiga propriedade de sua mãe, depois do seu falecimento, existe a possibilidade de que outro remédio homeopático, mais adequado, também guiasse ao êxito terapêutico. Havendo insucesso, é comum se indicar a realização de psicodiagnóstico para eventual psicoterapia em queixa dessa natureza. Todavia, admitir que um medicamento químico possa também realizá-lo é algo que foge à concepção tradicional do enfoque hahnemaniano.

Por sua vez, o médico convencional que, geralmente, acompanha o paciente focado apenas na enfermidade, supõe que a mesma seja incurável e prescreve, *a priori*, o uso vitalício do remédio. A extinção do conflito emocional significa, na visão holística, que o órgão acometido muito provavelmente se encontra em franca recuperação, existindo chance de retirada do medicamento. Nos capítulos finais deste livro constam maiores detalhes sobre a avaliação do caso clínico.

Aqui comportam três possibilidades quanto ao aproveitamento que o organismo pode realizar diante de um medicamento — químico ou diluído — utilizado:

- a) **local** — modificação restrita a determinada alteração;
- b) **parcial** — mudança abrange outros sintomas, além do foco específico;
- c) **global** — resposta ampla e profunda na unidade mente-corpo, equivalente ao ideal homeopático.

Qualquer que seja a doença, há que se valorizar o estado psicológico e a trajetória de vida da pessoa, os quais informam, ainda que indiretamente, se aquela patologia é discreta ou grave. O uso de uma substância medicinal que leve ao êxito terapêutico — mesmo que apenas local e orgânico — deve ser visto como potencialmente capaz de ser convertido num resultado amplo e é necessário avaliar o paciente em seu todo para confirmar ou descartar tal hipótese.

Observe-se que no caso clínico acima, a terapêutica principal foi a homeopatia e a biomedicina atuou de forma complementar. Tal constatação é coerente com a teoria proposta neste livro: a essência do fenômeno tera-

pêutico reside no indivíduo. Ele detém o poder de transformar uma intervenção, cujo efeito conhecido até o momento restringe-se a um único aspecto, numa reação ampla e profunda. A classificação das correntes terapêuticas em principal e complementar, fundada no suposto maior embasamento científico, além do evidente preconceito, reproduz o mesmo equívoco — já apontado em diversas ocasiões — de se ignorar o elemento mais importante do processo curativo: o próprio ser humano!

PROGNOSE E CURA

Curar-se é atingir a plenitude individual possível, mantendo-se um sujeito centrado. Dura, geralmente, um tempo variável, até que a pessoa enfrente novos desafios ou aflore algum conflito interno. A enfermidade, a seu turno, é o retrato da história de vida do paciente. Os órgãos acometidos e seus respectivos sintomas expõem o percurso emocional do indivíduo, traduzindo para o corpo uma série de sentimentos e reações vivenciadas ao longo do tempo. Ghatak (1978, p. 85) afirma:

O que há no homem que o faz um 'organismo' e não um autômato, como um relógio ou um motor? É a mente, e é a mente que representa o homem. O corpo é só um reflexo da mente, e a enfermidade começa na mente e logo se reflete no corpo, e é esse reflexo no corpo que comumente se reconhece como enfermidade. Se somente o reflexo físico é removido, a enfermidade real que está na mente, não desaparece necessariamente. A cura, portanto, deve começar na mente, e a enfermidade, o reflexo físico dela no corpo, desaparecerá automaticamente.

Assim, a cura, do ponto de vista homeopático, requer o restabelecimento desde os meandros psicológicos. Se a melhora não alcança tal profundidade de forma nítida, é pouco provável que tenha se retornado à higidez, ainda que haja alívio dos sintomas clínicos e até mesmo que o tratamento tenha extirpado o órgão afetado.

Se é, como já ficou claro, indispensável conhecer de perto o paciente para efetuar a prescrição, mais ainda para se avaliar o resultado terapêutico. Parece haver um tanto de confusão na literatura, relativa ao efeito da medicação e o aproveitamento posterior que o doente faz disso em sua própria vida. Incidiu nesse equívoco o próprio Hahnemann, no parágrafo 2 do Organon, ao fixar três critérios: *o mais elevado ideal de cura é restabelecer a saúde de maneira rápida, suave e permanente...* Ora, a conservação do benefício depende do enfermo — escolhas, sentimentos, hábitos — e não do tratamento realizado. A suposição de que a duração seria consequência do processo terapêutico empregado leva a sério inconveniente: o profissional transfigura-se no responsável pelo êxito, o que gera grande angústia, pois está em suas mãos encontrar a tocha bendita que reconduz à sanidade em toda e qualquer circunstância, desde que exista o archote correto para o caso.

Portanto, pode-se excluir com tranquilidade o último critério hahnemiano — relativo ao duradouro — e trabalhar com a rapidez e, frequentemente, com a suavidade, ressaltando-se que esta pode, em raras circunstâncias, não integrar o quadro face à turbulência das exonerações, como se verá no capítulo *Agravação Terapêutica*.

O conceito de *energia vital* obscurece a análise, pois essa *força* é vista como uma espécie de órgão ou entidade que promove a saúde ou se desgoverna em doença, e à qual se poderia creditar o movimento terapêutico: *alguns de nossos melhores homeopatas afirmam que uma dose do simillimum perfeito deveria, em suas palavras, abrir a porta e permitir que a força vital prossiga até a completa recuperação sem qualquer ajuda posterior. Isto é o ideal e, em alguns casos, factível* (WRIGHT, 2002, p. 29). Note-se que a homeopatia produz com a ideia de *força vital* algo semelhante ao que a biomedicina faz em relação à doença: transforma-a num ente com personalidade e atribuições.

Bandoel (1986, p. 25) celebra o conceito dessa energia, outorgando-lhe identidade e primazia:

E assim como a Energia Vital se manifesta através de sensações, funções, ações e conformações próprias da vida, pela mesma via, podemos determinar suas propriedades, e estas não só podem ser reconhecidas senão que devem ser consideradas em todo o paciente, desde que este, em seu estado de enfermidade não manifesta mais que a alteração das mesmas.

Vê-se que há um desconcerto: as propriedades vitais, de fato, existem, mas não são elas que gerenciam a vontade e a liberdade do homem. Podem ser paralelas, ou seja, vida e consciência se integram de modo recíproco no ser humano, porém, sujeitar ambas, hierarquicamente, à administração de uma suposta energia vital representa algo anacrônico e, ao que tudo indica, sem lógica. Desse modo, entende-se a razão pela qual muitos se perdem no entendimento do paciente: a patologia não é do indivíduo — consequência de suas escolhas e posturas — e sim, como postula Bandoel, dessa *energia soberana*.

Tal distorção pode ser comparada à função da fala no homem e o seu respectivo núcleo no córtex cerebral. Imagine-se, agora, que um sujeito apresente um distúrbio na fala ou tenha o comportamento de emitir palavras ou praguejar. Imputar tal perturbação ao centro da fala representa ignorar o indivíduo que desenvolveu a alteração. De modo análogo, creditar a enfermidade à energia vital equivale a ignorar o verdadeiro autor: o ser humano. Alguém poderia argumentar que retirada a lesão neurológica, o paciente às vezes recobra o controle sobre o próprio verbo. Contudo, o dano na estrutura do cérebro surgiu em decorrência da forma de ser da pessoa. Em algum momento de sua trajetória, ele abdicou de ser livre e tornou-se refém de ideias e sentimentos malsãos.

Todavia, o conhecimento homeopático evoluiu de tal forma que o psiquismo ocupa hoje o posto outrora preenchido por essa hipotética energia.

É o indivíduo, em sua inteireza psicológica e no gozo de sua liberdade, que absorve ou refuta, assimila ou transforma as influências do meio e gera os desdobramentos, saudáveis ou doentios, e quem arcará, portanto, com o desfecho em seu temperamento e organismo.

Além disso, já se popularizou a ideia de que o homem consiste de uma unidade mente-corpo:

A doença sempre constitui fantasma temível no campo humano, qual se a carne fosse tocada de maldição; entretanto, podemos afiançar que o número de enfermidades, essencialmente orgânicas, sem interferências psíquicas, é positivamente diminuto. (...) Em tese, todas as manifestações mórbidas se reduzem a desequilíbrio, desequilíbrio esse cuja causa repousa no mundo mental. (XAVIER, 2008, p. 351).

Cabe adicionar que a patogenesia representa um burilamento no enfoque psicossomático porque demonstra a semelhança entre a alteração psicológica e a orgânica.

Quanto à rapidez — primeiro critério da proposição hahnemaniana — vale observar que se trata do principal item que comprova a adequação do medicamento prescrito. Alguns pacientes, apesar do excelente potencial de recuperação, exigem mais consultas para alcançar aquele mais justo ao seu caso ou evoluem por progressos parciais, e, mesmo assim, tal demora não compromete de forma alguma a qualidade do resultado, tampouco altera o prognóstico.

Como parâmetro ainda válido para se perquirir o índice de resultado terapêutico, mantém-se ileso, a abrangência e/ou profundidade da melhora apresentada. Assim, a eliminação de um sintoma oferece menos segurança do que a resposta segmentar, e esta, por sua vez, menor consistência do que o efeito geral. No aspecto referente à profundidade, a teoria dos *três níveis* representa uma contribuição válida, pois admite uma escala no êxito terapêutico, que varia desde a solução do quadro nosológico, passando pelo tratamento de um conjunto de sintomas além da enfermidade, até alcançar o terceiro nível que corresponde ao sofrimento básico ou sentimento de desproteção (FISH, 1987, p. 32). Como já foi visto, o processo terapêutico encontra-se obrigatoriamente circunscrito aos horizontes de cada paciente. Antes, porém, de avançar nesse conceito, é necessário definir com clareza o que se pode esperar em todos os casos de boa resposta: a centralização do sujeito em si mesmo, promovendo um novo equilíbrio.

Centralização e maturidade

O **primeiro critério de cura**, aqui proposto, é a **centralização** do paciente em si mesmo, configurado pelo fechamento da **suscetibilidade** individual ao meio ambiente, juntamente com o silêncio da **predisposição**. Assim, o ele não é mais vulnerável aos fatores externos nem manifesta

nenhuma alteração de modo espontâneo. As circunstâncias que o afetavam não mais o atingem, já que se cerrou a abertura; as atitudes inadequadas que nasciam de seu próprio íntimo adormeceram. Conquistou imunidade aos agentes externos e pacificou-se no tocante as compulsões que o arrebatavam de forma automática.

Destarte, a imagem que mais se aplica ao indivíduo curado corresponde ao homem que se centrou, de novo, em si mesmo. Vedou-se a ferida aberta, **idiossincrásica**, por onde os elementos o perturbavam; aquietou-se a fonte interna, **predisponente**, que jorrava anomalias e excrescências. O sujeito reencontra-se consigo próprio, invulnerável ao ambiente e senhor de suas tendências pessoais. Nada alheio e nada interno o move à desconformidade. O passado e o futuro volatizam-se e o sujeito vive a plenitude do presente, atento à sua própria trajetória e à necessidade genuína de exercitar o seu verdadeiro potencial.

Enquanto o paciente não se volta para dentro de si mesmo a fim de se reorganizar, o resultado tende a ser superficial. Ao mergulhar em seu próprio eu, o indivíduo solta-se dos laços que o prendem aos demais e vê-se sozinho diante do destino alcançado. Muitos vínculos serão reafirmados, porém, é imprescindível que ele os deixe em suspenso momentaneamente, procedendo à autópsia de suas emoções e escolhas profundas.

Entretanto, a figura descrita em deslumbrante movimento saneador — livre da fragilidade que o suscetibilizava perante o meio e harmonizado em suas reações intrínsecas — pertence a alguma faixa de **maturidade** humana, da qual não é possível evadir-se. A pessoa do *primeiro estágio* de amadurecimento — vide capítulo *Conceito de Saúde* — mostra raciocínio do tipo reducionista, linear. Supõe que o seu desarranjo tem um motivo único e evidente, e o tratamento deve ser voltado exclusivamente para esse ponto. Em sua visão, a desordem clínica possui identidade e vida própria, que vem de fora e se aloja em seu corpo. Desconhece ou rejeita qualquer relação entre o psicológico e o orgânico. Tão logo refeito, graças à medicação adequada, apressa-se a tirar vantagens imediatas e usufruir os prazeres que a nova condição possibilita. Os objetivos traçados, agora, ainda contêm enorme probabilidade de recaída ou patologia inédita, pois o aprendizado obtido com a experiência é pequeno, e o nível de elaboração, igualmente, superficial. Aparentemente, esse tipo prevalece na humanidade, o que explica o sucesso da abordagem terapêutica com ênfase na doença.

O indivíduo do *segundo estágio* de **maturidade** revela concepção parcial, tanto acerca de si mesmo como de sua interação com o ambiente. Porém, predomina a sensação de que o homem é fruto do meio. Não mais de forma tão reduzida, como no modelo anterior, e o paciente não se acomoda tão facilmente com a ideia da causalidade determinada por microrganismo. Nesse nível, atribui-se peso absoluto às circunstâncias, especialmente àqueles consideradas traumatizantes. Tem-se pavor de experiências malsucedidas, supondo que acarretem transtornos de modo infalível aos que as vivenciam. Em comparação ao grupo anterior, essa faixa intermediária reconhece a

importância do contexto, mas supervaloriza as condições externas, sentindo-se muito vulnerável a elas, ou deposita crença enorme nos benefícios que proporcionam. Assim, a higidez está sempre na dependência de algum elemento favorável, radicado fora do próprio enfermo. A alimentação, o clima, os relacionamentos, o emprego, os vínculos familiares são transformados em benção ou maldição, dependendo das vantagens e dificuldades que se lhes associam. Após o medicamento adequado, ele permanece imbricado nas circunstâncias, imerso no ambiente, e não alcança as primícias da consciência individual, impossibilitado de reorganizar o seu próprio rumo, portanto, não realiza suas escolhas pensando antes de tudo o que traz em seu íntimo.

O sujeito do *terceiro estágio* de **maturidade** denota uma compreensão ampla do processo de adoecimento e cura, conciliando o poder dos ingredientes exteriores com sua própria suscetibilidade e/ou predisposição. Sabe que nada pode atingi-lo se não for por conta de suas fraquezas e limitações pessoais. Assim, traz para si mesmo a responsabilidade e, simultaneamente, participa de maneira ativa na reconquista de sua saúde. Centrado de novo em si mesmo, por efeito de um tratamento adequado, essa criatura evidencia notável aptidão para aproveitar a oportunidade. Atualiza os seus ideais de trabalho coletivo, restaura os compromissos, oxigena o seu entusiasmo e procura dar de si mesmo em favor dos que o cercam e da causa com que se identifica.

Ressalte-se que os estágios mencionados não têm relação com o grau de instrução do paciente. Um sujeito escolarizado acresce detalhamento e colorido ao seu relato, todavia, o analfabeto ou desfavorecido no tocante à classe socioeconômica descreve o conteúdo de suas vivências, ainda que de forma resumida, permitindo se estabelecer a sua categoria evolutiva. Tampouco ter se submetido a prolongada psicoterapia assegura o amadurecimento nem proporciona obrigatoriamente uma compreensão mais profunda de si mesmo.

Considerando a diferença de estrutura psicológica das três espécies acima, torna-se imprescindível acompanhar a trajetória de cada, de acordo com o seu respectivo padrão de consciência. De forma resumida, pode-se concluir que o tipo *primeiro estágio* tenciona livrar-se das manifestações típicas da doença, e nada mais do que isso. Não lhe interessa qualquer digressão a respeito de sua própria idiosincrasia, nem da chance de eventual deslocamento das alterações para outras partes do corpo, caso a resposta se circunscreva ao grupo de sintomas comuns. O imediatismo prepondera em larga escala. O espécime *segundo estágio* acha interessante a abordagem homeopática, percebendo algumas vantagens, mas não a entende em essência. O fato de ser uma terapêutica “natural” parece-lhe relevante demais, porque sua compreensão acanhada superestima os fatores do ambiente. A possibilidade de um resultado global e denso, à revelia de outras intervenções do meio, escapa à sua inteligência. Finalmente, o elemento *terceiro estágio*, identifica-se com a abordagem holística e profunda, realizando um aproveitamento digno da oportunidade.

Diferentemente do **primeiro estágio**, que ao se recuperar, por exemplo, de uma disfunção digestiva, só pensa em comer com exagero tudo aquilo de que foi privado durante a moléstia, e do **segundo estágio** que tenta descobrir os fatores externos que o afetaram de modo a não mais se expor a eles, o indivíduo do **terceiro** programa-se para amar, servir e trabalhar com força redobrada, de modo a justificar o benefício alcançado. Ressalve-se que entre os homeopatas também é possível encontrar pessoas pertencentes aos três referidos estágios, ocasionando muita confusão no pensamento popular. Desse modo, não é raro que um profissional de primeiro estágio mostre-se muito interessado na aplicação coletiva de medicamento baseado no **gênio epidêmico** de alguma patologia, ou no desenvolvimento de um remédio para quadros graves, a exemplo do politraumatismo, evidenciando mentalidade cartesiana. Ressalte-se que os exemplos acima, dentre muitos outros, representam campo de possível atuação da homeopatia, porém, sua morada legítima é a individualidade, quando se trata o paciente como um todo.

Acerca dos distintos estágios, bem como do processo individual da cura, servem de referência as palavras de Ubaldi (1979, p. 298):

Os homens vivem misturados; suas leis, entretanto, não se confundem. O que para um é gravame mortal, pode ser, para outro, incompreensível, porque nunca o experimentou. São todos vizinhos e irmãos; no entanto, cada um, em face do encadeamento das próprias obras e de suas conseqüências, está sozinho: sozinho com a sua responsabilidade e com o seu destino, qual ele o quis. As vias estão traçadas, mas a ação humana exterior não as vê nem as muda: os valores substanciais não correspondem às posições e categorias sociais. [...] Em qualquer ambiente, cada um pode avançar ou retroceder no caminho que lhe é próprio.

Liberdade

Como corolário da *centralização* em si mesmo, reconquista-se a própria **liberdade**, como se verá a seguir, e que constitui o **segundo critério de cura**.

Embora o seu alcance incomparável — abrangente e/ou profundo — o medicamento adequado não garante estabilidade por si só nem afiança o progresso do indivíduo em sua escala evolutiva. Nesse aspecto, ele se reduz à centralização da pessoa em si mesma, fechando as brechas de suscetibilidade, por um lado, e dissolvendo as compulsões ou automatismos que nascem da predisposição, pelo outro. Assim, o resultado lembra um sujeito que após andar desviado de si mesmo, seja por fatores externos, seja em razão de movimento próprio incontrolável, reencontra o estado de autodomínio, o que muitos autores clássicos relacionam com a liberdade.

Então, o paciente sanificado é aquele indivíduo capaz de elaborar nova reação diante de cada experiência, não reincidindo obrigatoriamente

na armadilha de seus comportamentos habituais. Na condição de homem livre, sente-se apto a definir — aqui e agora — a sua conduta e o seu papel, de acordo com as motivações pessoais que compõem suas próprias raízes. Pode retomar a atitude que já abrigou anteriormente, todavia, reelaborada e, portanto, mais madura.

Essa criatura, centrada em si mesma, não tende para a direita nem esquerda, porém, pode-se afirmar que há um movimento interno de regresso. A medicação adequada confere-lhe um recomeço. O paciente recobra, dentro de si mesmo, o ponto em que estagnou, regrediu ou se precipitou em relação àquilo que representava o seu compromisso, dever, aspiração, objetivo. As fugas e os fracassos, bem como as realizações impulsivas e distorcidas devem ser reiniciados desde o marco zero interior. Esse retorno ao passado está de acordo com Hering no que tange ao retorno de sintomas antigos.

Reflita-se, ainda, que curar é remontar à origem, ao local do afastamento de si mesmo e ter a oportunidade de reconstruir o roteiro, conforme determina a nova sondagem da própria consciência. Resgatar a **liberdade** individual, eis o desdobramento da centralização. A etapa posterior implica forçosamente no reparo de seu próprio passado e exige a participação ativa do paciente. No nível consciencial, não se diz que o remédio cura, mas que permite a sua obtenção. Executado o seu efeito terapêutico, cada caso é um caso, e então, o sujeito decide se enfrenta ou não o conflito que produziu a sua enfermidade.

Assim, os primeiros dias ou semanas são cruciais: o paciente escolhe se aproveita e consolida o processo ou desiste e acentua o próprio desequilíbrio. As opções vão surgindo espontaneamente em sua cabeça. Um jovem de vinte e quatro anos, no último período de seu curso universitário, informou a este profissional — três semanas após uma dose única de *Palladium metallicum* 40 LM — que se encontrava em crise depressiva havia alguns dias. Primeiro, ocorreu-lhe tornar-se alcoólatra, mas ele resistiu; depois, cogitou mudar-se de cidade, porém, não via chances, a curto prazo, devido ao seu emprego, e, por fim, decidiu ler pelo menos meia hora todas as noites, ao invés de assistir televisão, para melhorar a sua bagagem pessoal. Isso mostra que o jovem aproveitou a oportunidade que o remédio proporcionou e fez uma escolha saudável.

Imagine-se a seguinte analogia: o portador de extensa úlcera no membro superior esquerdo, **vulnerável** a diversos fatores do ambiente, e de erupção acentuada no direito, **independente** de qualquer estímulo externo, sendo que ambas se esvaem rápida e suavemente após o acompanhamento homeopático. Desaparece a **suscetibilidade** e estanca por completo a **predisposição**, respectivamente. O tratamento atinge e se limita a esse patamar, pois o que o indivíduo fará com os seus braços, agora hígidos, é outra história e pertence à sua escolha pessoal. O medicamento não outorga sabedoria nem impõe opções corretas.

Portanto, o caminho de volta à saúde representa um processo individual. Nem todas as pessoas demonstram curiosidade pelo problema metafísico,

como supõe Elizalde (2004, p. 167), tampouco transcendem do egoísmo para altruísmo, segundo a tese de Paschero (1973, p. 242), porque parece haver aqui uma confusão entre efeito do remédio e crescimento pessoal.

Pode-se entender que o sujeito desonerado de sua patologia esteja livre para amadurecer, o que não ocorria antes — já que se encontrava bloqueado — porém, nada impede que ele se recuse e se complique de novo. No capítulo *Leis de Cura*, analisa-se uma trajetória que exemplifica tal evolução. Além disso, a transcendência, o altruísmo ou qualquer outra virtude não tem caráter universal, portanto, não se aplica à maioria das pessoas, pois não se lhes constitui tema de vida. Muitos autores esquecem-se da singularidade do paciente, tão preciosa para se entender a enfermidade e a escolha terapêutica — pautada no remédio único — e formulam teses generalistas em desacordo com o pensamento individualizante da homeopatia.

Note-se que ter a liberdade como regra — proposta por alguns clássicos — pressupõe a re aquisição da capacidade de fazer escolhas, diante daquilo que costumava reagir de modo automático. Ver-se livre acarreta a possibilidade de se eleger qualquer opção — dentro da perspectiva histórica do paciente — excluindo aqui todo e qualquer juízo por parte do profissional. Contudo, perde-se a coerência quando a teoria louva, por um lado, a autonomia que o medicamento concede, mas obriga, pelo outro, a adesão absoluta ao certo, ao bem, ao justo, à verdade etc. Aqui se pode concordar com Elizalde (2004, p. 52), quando assevera: *Mas, uma vez estabelecida a ação do remédio, a alma, devido ao seu livre-arbítrio, poderá voltar a pensar mal, desejar mal, agir mal...*

O efeito salutar vai até o limite — e já é algo incrível — de desfazer a vulnerabilidade ao meio e calar a predisposição. Além disso, há evidências de que o egresso da moléstia volte a lidar com questões internas mal resolvidas, o que corresponde no físico ao retorno de sintomas antigos — conforme Hering, citado acima — e que para muitos homeopatas corresponde ao *padrão ouro* da boa resposta clínica. *Geralmente o remédio que provoca o retorno de tais sintomas [anteriores] é aquele que será capaz de curá-los, necessitando apenas de mais tempo e dedicação...* (GRIMMER, 2002, p. 19). Presume-se, em função da unidade mente-corpo, que o organismo pode manifestar novamente alterações suprimidas, físicas ou emocionais, porque a boa resposta o faz retroagir no tempo, emergindo os conflitos eclipsados por patologias posteriores ou mecanismos de defesa.

Prognose

Como já abordado na primeira parte desse livro, a homeopatia explora bastante a relação entre os sintomas emocionais e físicos de cada paciente, confrontando-os com os efeitos despertados nas patogenesias. Por sua vez, as alterações orgânicas tendem a reproduzir a matriz psicológica, dando concretude ao que transcorre na subjetividade.

Desse modo, alinha-se a muitos autores da psiquiatria e da psicossomática: *muitas vezes, são conflitos emocionais que vão deteriorar a resistência interna do indivíduo, ou seja, a capacidade de autodefesa frente ao adoecimento, criando condições que facilitem a instalação e/ou surgimento da doença orgânica* (RUSCHEL, 2006). Portanto, os sintomas da moléstia corporificam sentimentos, conceitos e emoções que transitaram pelo psiquismo ou ainda perduram naquela dimensão. Em especial, no tocante às doenças graves, admite-se que os transtornos emocionais podem ter ocorrido alguns anos ou décadas antes da respectiva somatização. Destarte, ao se estabelecer a prognose do caso, é indispensável realizar um levantamento dos fatores psicológicos, em particular os afetivos, os quais provavelmente estão associados à instalação do distúrbio. A evolução das sensações, atitudes, reações, enfim, da postura existencial do paciente em anos progressos representa o fator mais importante para se definir a probabilidade de recuperação.

A enfermidade local só ganha sentido se incorporada aos sintomas mais gerais da totalidade do indivíduo, onde se destacam os sintomas mentais como de grande significância. Nesta interpretação, o médico reconhece então um caráter evolutivo e histórico que o indivíduo refere em sua história biopatográfica. Além disto, esta concepção probabilística confere uma base real e científica para aquilo que os homeopatas chamam de padrão característico de adoecimento do sujeito (AZAMBUJA, inédito 2).

Considerando o grau de desenvolvimento da enfermidade, pode-se fazer a distribuição dos doentes em três tipos: 1. Residual. 2. Estável. 3. Progressivo.

1. Doente residual:

Conquanto as alterações orgânicas estejam ainda em franca manifestação, se os fatores psicológicos já foram solucionados e houve mudança significativa no modo de ser e/ou de sentir, tal progresso costuma refluir para o físico, mais cedo ou mais tarde. A marcha dessa melhora promove a remissão e o desaparecimento de doenças graves, para as quais não se dispõe de terapêutica satisfatória, quando a lesão for reversível. Assim, é possível que perturbações orgânicas antigas se curem quando o indivíduo também se restabeleça em seu íntimo.

Acresça-se outra opção: o paciente razoavelmente ajustado em seu emocional, cuja patologia ora se torna evidente, submete-se a um tratamento reducionista ou sistêmico. Seu prognóstico é bom, pois — reiterando — a cura da matriz psicológica já ocorreu.

Em certos casos, cabe a hipótese de que esse sujeito, reconciliado com as suas circunstâncias de vida, e cuja melhora não tenha ainda atingido a dimensão física, apresente condições muito favoráveis para que a intervenção médica promova a reintegração à saúde, facilitando o retorno aos distúrbios progressos de maneira a quitá-los. Nesse caso, não se lida com a liberdade,

como dito acima, porque o indivíduo já processou a renovação mental. Pode-se dizer que o medicamento encontra um campo muito propício à sua ação.

2. Doente estável:

Quando o sujeito mantém-se afetado no nível psicológico, estagnando-se em conflitos do pretérito, a eclosão da parcela orgânica de sua enfermidade encontra-o despreparado e o resultado constitui um mistério. O medicamento adequado lhe desperta surpreendente sensação de bem-estar e convoca-o ao trabalho de reformular sentimentos, conceitos e posturas, bem como o revigora para enfrentar problemas e situações das quais fugiu ou se impôs sistematicamente. O desfecho do tratamento depende da maneira como o indivíduo processa o seu drama íntimo e da solução que é capaz de elaborar para as questões que jaziam pendentes em sua própria consciência. Assim, o tratamento representa a magnífica incitação para ele se reorganizar e, por conseguinte, alcançar a saúde almejada.

Mas, caso ele reitere suas escolhas equivocadas, a patologia não será erradicada ou reaparecerá em breve tempo, ainda que o tratamento seja muitíssimo adequado. Há indícios de que a oportunidade recusada pelo paciente implique num incremento de sua conduta desajustada. Em verdade, ao indispor-se à renovação de si mesmo, tendo as portas escancaradas para fazê-lo, o indivíduo automaticamente sentir-se-á pior do que antes.

Algumas pessoas preferem reincidir em suas defesas e fugas. Tal diagnóstico só é possível porque em determinados momentos e/ou situações, o paciente descreve, de forma clara ou indireta, que experienciou a sensação de liberdade em ocasiões significativas. Não foi mais arrastado pela sua idiossincrasia, tampouco agiu de forma compulsiva: ele vivenciou uma pausa. Mas, a escolha pode recair sobre a alternativa de não se submeter à dolorosa autorreconstituição.

Esse fenômeno pode acontecer de modo encoberto. Às vezes, no retorno algumas semanas depois do procedimento adequado, ele defende ardorosamente — acima de seu hábito — suas antigas decisões e posicionamentos. Mas, seus argumentos transparecem amargura, ressentimento, autocastração, ou autoritarismo, egolatria, abuso etc. Tal elevação de tom merece atencioso exame: em muitos casos, investigando detalhadamente surge evidência de que houve percepção cristalina de que era necessária a mudança, associada a certo estímulo para se lançar nesse rumo. Por razões personalíssimas o indivíduo prefere a inércia existencial. Cada caso tem seu motivo: medo, apego, comodismo, orgulho etc. Como será explicitado melhor à frente, é provável que tais casos demonstrem, mais cedo ou mais tarde, incurabilidade também orgânica.

É deveras importante esclarecer o convalescente de que o prosseguimento da recuperação depende dele próprio e que representa um grande benefício o fato de um recurso externo facilitá-la. Deve-se permanecer atento, pois ocorre, às vezes, um jogo sutil que, uma vez instalado, torna neurótico o relacionamento médico-paciente: este simula que se encontra

em tratamento e o profissional corre atrás de sucessivos remédios que muito dificilmente levarão ao êxito, já que a oportunidade terapêutica foi negligentemente descartada.

A medicação promove a chance de cobrar a *liberdade* no recesso de si mesmo. Se um tipo de comportamento infeliz foi cultivado durante longo tempo ou é recente, mas muito intenso, a elaboração de uma nova postura, mais saudável, requer determinação. Além disso, é pouco provável que se faça um percurso dessa envergadura sem sofrimento. Abrir mão de escolhas relacionadas à própria forma de ser e/ou sentir, que sustentaram decisões difíceis no passado, representa uma espécie de renascimento. Não é possível viver tais conjunturas isento de dor superlativa. Por isso, deve se advertir amorosamente o paciente que se mostra impermeável ao influxo regenerador.

3. Doente progressivo:

Alguns enfermos cursam rota de complicação gradual no plano psicológico. Nem sempre o corpo apresenta alguma sucessão de moléstias ou a piora daquela já em atividade, pois, em tese, a manifestação encontra-se em andamento. O que mais caracteriza o lado emocional deste tipo é a revolta, o desespero e a inconformação. Em relação a alguém ou a determinado fato, não se experimenta o refrigério do perdão, tampouco o bálsamo do consolo. Nunca chegam ao paraíso de afirmar que a situação poderia ser ainda pior... A exasperação é a tônica dominante, além de uma culpa imensa, que pode ser incubada ou ostensiva.

No nível orgânico, pode se identificar a trajetória de seus sintomas e/ou doenças de fora para dentro e de baixo para cima, conseqüentemente, no sentido contrário às leis de Hering. Nas mulheres, com frequência, o processo inicia com alterações leves no ciclo menstrual; com o tempo, estrutura-se uma lesão, a exemplo do mioma; posteriormente, surge alguma patologia mamária; depois, afecção na tireoide e, de forma paralela, a acentuação dos elementos de teor psiquiátrico, destacando-se os rotulados de depressão.

Portanto, a história que revela piora progressiva, na linha do tempo — seja de distúrbios orgânicos importantes ou características psicológicas proeminentes — denuncia parca chance de cura. Reverter a tendência à exacerbação que se consolidou tanto no corpo como no emocional traduz enorme desafio.

Apesar desse quadro totalmente adverso, que engendra um prognóstico desfavorável, um tratamento adequado ainda pode direcionar ao êxito. Nesse caso, ocorre a eliminação do morbo latente — mental e/ou físico — que se encontrava em elaboração quase silenciosa. Tal exoneração parece constituir a essência da agravação ou reação paradoxal, como é denominada nos círculos biomédicos, e será objeto de estudo no capítulo *Agravação Terapêutica*.

Desse modo, em termo de probabilidades, não se decreta nenhum resultado por antecipação: um paciente pode reverter a tendência pessoal e ainda que o seu histórico seja bastante malpropício, ele surpreende e ressurgue emendado desde as entranhas, aproveitando a ansiada liberdade

que lhe é facultada. Esse é mais um momento em que o profissional deve estar atento para não abrigar preconceitos.

Supressão e metástase mórbida

Existem dois temas muito estudados na literatura em relação à dimensão orgânica da doença, denominados *supressão* e *metástase mórbida*, os quais podem ser discutidos agora, em função da análise realizada sobre a prognose. **Supressão** é o termo empregado para os casos em que os sintomas da patologia desaparecem, contudo não ocorre a melhora geral do paciente. Não surge a sensação subjetiva de bem estar nem a resolução de bloqueios radicados na mente que, aliás, propendem a se intensificar. É comum que algum tempo depois da supressão, a enfermidade volte a se manifestar ainda com mais vigor no mesmo local, ou de forma oposta — a exemplo do *efeito rebote* — ou em sítio distante, caminhando na direção inversa à saúde, portanto, para dentro e para cima no próprio organismo. Esta complicação, decorrente do impedimento da anterior, recebe a denominação genérica de **metástase mórbida**.

Deduz-se que ambos os fenômenos ocorrem comumente no tipo *estável* ou *progressivo*, descritos acima, cuja tendência a piorar prevalece, seja diante de uma intervenção adequada ou alguma circunstância providencial. O desaparecimento da fração orgânica da enfermidade, quando o quadro mental persiste ou se acentua, conduz, via de regra, ao reaparecimento do transtorno. Caso o sítio de expressão habitual dos sintomas não esteja mais disponível, ou se houve piora emocional, as alterações tendem a se fixar, então, em sede mais interna ou superior em comparação com a antiga. Também pode acontecer o deslocamento do morbo mental para o nível físico, sem a respectiva melhora emocional e, assim, o novo quadro orgânico revela-se ainda mais desconfortável para o paciente do que o primitivo — tal sequência foi descrita no item *Externação*, do capítulo *Leis de Cura*.

No entanto, é importantíssimo salientar que a ocorrência da supressão ou metástase mórbida não está relacionada à forma de tratamento, como propuseram muitos autores homeopáticos (KENT, 1970, p. 63). Ainda que se admita maior risco dessas complicações quando a terapêutica se restringe ao modelo reducionista em que o resultado é imposto ao organismo — no físico ou na mente — a resultante do processo depende, sobretudo, do movimento existencial do sujeito. Desde um medicamento muito bem indicado por intermédio da *totalidade característica* bastante representativa do quadro geral do indivíduo até um procedimento cirúrgico com determinado grau de mutilação, o desfecho terapêutico obedece a definições psíquicas profundas. O recurso terapêutico, qualquer que seja sua natureza ou modo de ação, é simples coadjuvante externo.

Enfim, o ser humano detém o poder de transformar uma intervenção medíocre e superficial em experiência restauradora abrangente e densa.

E vice-versa: converter um expediente de imenso valor curativo em nova e mais grave patologia. Muitos pacientes que se submetem, por exemplo, à colecistectomia devido à litíase biliar, já equacionaram o drama afetivo originário e, portanto, após a cirurgia, segue-se um tempo de saúde e bonança. Não sendo assim, há risco de acontecer alguma complicação. Podem-se conjecturar duas possibilidades, dependendo do movimento psicológico realizado previamente:

1. *Doente estável*: alguns sintomas equivalentes à litíase tendem a se manifestar, na mesma região ou altura no corpo, a exemplo da hepatite ou pancreatite; a gravidade desse novo quadro varia, de acordo com a trajetória anterior do paciente.
2. *Doente progressivo*: há uma grande probabilidade de ocorrer complicação grave no pós-operatório ou, então, pouco tempo depois num órgão mais interno ou acima da primeira localização.

Não existe, portanto, uma terapêutica boa e outra nociva. Não é porque o medicamento é embasado na pesquisa patogênica e na investigação ampla do paciente que ele se torna superior. Tampouco porque o procedimento convencional se limita ao orgânico e pautado em informações restritas à doença que ele se reveste de malignidade. Cada pessoa realiza o aproveitamento do benefício conforme o seu próprio potencial e segundo a trajetória psicoafetiva que descreve.

A biomedicina aceita cada vez mais a influência dos fatores emocionais na gênese e evolução do componente físico da patologia, como já ocorre com a gastroplastia para a obesidade (CONEJO, 2009). Quando se cogita desse recurso, obrigatoriamente se lida com caso grave, refratário à condução clínica. Portanto, o risco de complicação fatal no pós-operatório imediato, bem como o fracasso terapêutico a médio prazo requer uma análise criteriosa antes de executar a cirurgia.

A discussão do tema evoca a questão da **incurabilidade**. Para alguns homeopatas, tal condição se refere ao caso cujo medicamento não foi ajustado de modo pleno. Esse texto já aludiu ao risco de onipotência embutido nessa concepção. Mas, pode-se reservar o título de **incurável**, pelo menos no sentido provisório, ao sujeito que tocado pela intervenção adequada, dá sinais de que voltou a lidar com a liberdade — sua idiosincrasia não mais se afeta pelo ambiente nem suas compulsões o avassalam, como acontecia anteriormente — e que opta por reiterar suas escolhas inadequadas, demonstrando aprisionamento, agora voluntário, às suas próprias antigas crenças. Não aceita a vida como ela é, de fato, e persiste agarrado ao projeto extinto, sem se dar conta que vive no sepulcro, cultuando objetivos mortos. Por quanto tempo o paciente demorará nesse estágio é imprevisível, já que alguma vivência pode lhe despertar o anseio de renovação e aí, talvez, nova dose da mesma medicação ou de algum outra, ajustada ao quadro recente, impulsiona-o à revitalização global e profunda, já iniciada espontaneamente.

Em síntese, **incurável** não é exclusividade do indivíduo que tem lesão orgânica ou transtorno mental irreversível, mas igualmente de quem não aproveita o estímulo terapêutico ou experiência de vida para se refazer. Acontece, às vezes, do sujeito sentir-se conduzido ao próprio passado, graças ao aflorar espontâneo de lembranças antigas e marcantes, geralmente associadas à origem de sua doença, facultando-lhe condições internas de elaborar uma nova e mais saudável compreensão dos fatos vividos.

Contudo, ele não aproveita o ensino, conservando as mesmas impressões exaltadas e infelizes. Enleado em suas próprias justificativas e colecionando pretextos frágeis, não avança na reformulação de seus conceitos surrados e vencidos. Diversas alegações molduram o discurso, dependendo da história de cada pessoa, mas deve se lhe expor em termos claros e reflexivos o significado e as consequências de sua escolha, ao resistir à oportunidade de se curar. Por outro lado, não compete ao profissional cobrar que ele enxergue e valorize a ocasião para se modificar, e sim respeitar-lhe a decisão. Por isso, há que se ter agenda flexível, capaz de acolher a pessoa que solicita atendimento extra nos dias ou semanas que sucedem à ingestão do remédio porque, nessas ocasiões, o médico se torna complemento fundamental do processo terapêutico.

Biopatografia e prognose

Na avaliação do **prognóstico**, importa ainda ponderar sobre duas variáveis: a primeira é objetiva, referente ao tempo de fixação naquele estado mental, e pode se deduzir, em tese, que quanto mais longo, menos favorável; a segunda é subjetiva, e diz respeito ao desejo que o paciente cultiva em seu íntimo de se modificar ou de dar um novo rumo à sua existência. Ambos os aspectos citados carecem de futuras investigações para se definir sua real importância.

Em tese, a fixação ou apego a algum lugar, cargo, pessoa, sua própria ideologia ou imagem ou, ainda, projeto de vida, dentre outros, denuncia a falta de flexibilidade interna e impele à perturbação crônica. Além disso, o desejo de cura oferece grande dificuldade para ser sondado de forma direta e pode ser avaliado através da análise das reações perante suas próprias adversidades, ao longo da vida. Estima-se aqui a propensão ao conserto de si mesmo em caso de algum desarranjo. O indivíduo que superou infortúnios e frustrações importantes denota tendência natural para a saúde.

Enfim, o restabelecimento orgânico representa, em certos casos, o desfecho lógico e presumível, coerente com sua trajetória de vida. Perante o indivíduo que processou experiências desfavoráveis de modo salutar, a alteração física, mesmo grave, tem grande chance de ser erradicada, por qualquer intervenção, ainda que baseada em apenas um ou poucos indicadores terapêuticos. Do contrário, se o indivíduo mantém-se em desajuste prolongado, enredado em seus conflitos, não readquire a alegria, o entusiasmo

e o prazer no cotidiano, a expectativa de recuperação é baixa, mesmo que se submeta a um tratamento abrangente e profundo, pois ele não se coloca de forma saudável no mundo. Este tenderá à lesão orgânica irreversível. Como foi dito acima, ele pode reaver a harmonia plena, entretanto, ser-lhe-á exigida a renovação pessoal como requisito para alcançar e manter o resultado.

Destaque-se que na concepção de **prognose** aqui apresentada o fator mais importante para avaliar a chance de cura não é a reação do paciente ao procedimento, como propôs Kent (1970, p. 253) em suas famosas *observações prognósticas*. A teoria acima descrita, e que requer estudos para se consolidar na esfera científica, aponta o próprio passado — a biopatografia do enfermo — como a fonte, por excelência, de comportamentos que permitem se estabelecer previsões acerca de suas possibilidades de reconquistar a saúde. Desfaz-se, assim, o pensamento mágico — e notoriamente reducionista — que se incutiu em alguns homeopatas de que o retorno à higidez depende tão só de se encontrar o *simillimum*. Até mesmo por uma questão de justiça, quem arruinou o seu próprio bem-estar psicológico e orgânico deve ser responsável pela reorganização. A probabilidade de que isso se dê, não importando quão longe foi o desvio e os danos perpetrados em si mesmo, indica a misericórdia através da ciência.

Por esse ângulo, a medicina simboliza a ação da solidariedade no mundo, cuidando de todos indistintamente, sem olhar a condição socioeconômica nem as qualidades que ornamentam ou os crimes que deslustram a biografia de cada pessoa. Desde um modestíssimo Centro de Saúde no interior da Amazônia ao complexo serviço da mais avançada tecnologia num país de primeiro mundo, o profissional que assume o papel de médico instituiu para si próprio o dever de servir a qualquer criatura com o mesmo interesse e igual dedicação, oferecendo sempre o melhor de si, dentro de seus talentos pessoais.

AGRAVAÇÃO TERAPÊUTICA

Este capítulo foi apresentado como Tema Livre no XXX Congresso Brasileiro de Homeopatia, sob o título de *Agravação Homeopática* (AH). Todavia, levando-se em conta que o tratamento convencional também promove, em determinados casos, a piora dos sintomas da enfermidade antes de curá-la, optou-se neste livro por ampliar o conceito para *Agravação Terapêutica* (AT).

O objetivo é investigar na literatura a ocorrência de agravação mediante a terapêutica química e a homeopática, verificando possíveis analogias e diferenças entre as duas abordagens, assim como também dirimir dúvidas que cercam os conceitos correlatos. Por último, apresenta-se nova hipótese sobre a AT.

Introdução

A agravação de sintomas da patologia no curso de terapêutica convencional bem-sucedida tem sido amplamente observada, a exemplo do tratamento da hanseníase, da tuberculose com ou sem AIDS, leptospirose, depressão, síndrome do pânico etc. e notabiliza-se pela recomendação de se manter a respectiva intervenção desencadeante. Atribuem-lhe o título de *reação reversa* ou *paradoxal*, cujo conceito é diferente do *efeito paradoxal* medicamentoso, já discutido acima. Neste paralelo, sobressai-se o tratamento da sífilis, cuja piora passageira — denominada *reação de Jarisch-Herxheimer* — foi descrita por volta do ano 1900. Vários desses estudos contribuem no sentido de definir a AT, embora acompanhem a evolução apenas da doença, sem considerar a resposta global do indivíduo. Apesar disso, auxiliam a delimitar com clareza o que é “agravação” e apontam questões éticas relacionadas. Na revisão da literatura e de seus próprios pacientes, o autor verificou a presença do fenômeno em doentes funcionais. Tanto no meio homeopático como biomédico, confunde-se agravação com exoneração reativa, o que complica mais ainda a compreensão do fenômeno.

Partindo da conceituação de Mc'Laren (1997, p. 57), pode-se propor a definição de agravação como *um aumento na intensidade dos sintomas pré-existentes que se segue à administração de um remédio adequado, e é facilmente distinguível da produção de novos sintomas por um medicamento que não seja bem indicado*. Importa frisar que a AH não se limita à intensifi-

cação dos sintomas já instalados, e requer a contrapartida da melhora global do paciente, particularmente através da sensação subjetiva de bem-estar (SSB). (EIZAYAGA, 1972, p. 160).

Destaque-se que *aumento na intensidade dos sintomas pré-existent*s distingue-se de manifestações exonerativas ou do retorno de sintomas antigos — fenômenos que se enquadram nas Leis de Cura — bem como da migração das alterações para outros órgãos mais internos ou superiores, o que corresponde à supressão com metástase mórbida. Dito isso, ao se analisar o comentário de Close (2000, p. 152) acerca do tema, constata-se a confusão reinante na literatura:

‘Agravação’ é também usada em linguagem homeopática para descrever aquelas condições nas quais, sob a ação profunda de um medicamento homeopático (ou por outras causas), doença latente torna-se ativa e expressa-se no retorno de sintomas antigos ou da aparência de sintomas novos. Nesses casos, representa a reação do organismo ao estímulo de um medicamento bem escolhido, e é geralmente de natureza curativa.

Observe-se que o texto citado mistura três fatores: doença latente que se expressa, retorno de sintomas antigos, reação do organismo. Mas, a AT corresponde apenas à manifestação de um morbo, oculto até então; pode não conter processos reativos, limitando-se com exclusividade à acentuação dos sintomas já existentes — estáveis ou cíclicos — e não ser seguida do reaparecimento de alterações anteriores.

Por sua vez, Samuel Hahnemann (1994, par. 157-61) refere-se à AT em várias ocasiões, atribuindo-a a dose excessiva do medicamento. Ao mesmo tempo, correlaciona-a à duração da patologia: *...se a enfermidade não é de duração muito prolongada, será geralmente removida e extinta, **sem grande sofrimento**, pela primeira dose do medicamento* (par. 154) [grifo do autor]. Registre-se que ao comentar a citação hahnemaniana, Kent (1970, p. 243) deriva imediatamente o conceito de duração para gravidade, mas convém reconhecer que nem toda alteração duradoura torna-se obrigatoriamente grave. Ambos os fatores são importantes, porém, diversos e interferem juntos ou isoladamente no fenômeno.

Contudo, o autor da extraordinária *Filosofia Homeopática*, reconhece a AT como indício de bom prognóstico, e insiste que a diluição adequada evitaria esse transtorno. Woods (1997, p. 93) discorda dessa hipótese, quando diz: *curiosamente a capacidade de produzir agravações não parece aumentar ‘pari passu’ com o aumento da potência. [...] Podemos ter agravação a partir da administração de uma dose única de tintura...*

A contribuição mais relevante da filosofia Kentiana foi considerar a AT necessária à cura, e não apenas suscitada pela agente terapêutico. Neste caso, é julgada proporcional à gravidade da moléstia, pois corresponde ao esforço do organismo para se recompor. Por não ver chance disso acontecer no distúrbio funcional e no incurável, Masi Elizalde (*apud* AMARAL, 2009)

concluiu que ambos não deveriam apresentar AT. Acrescentou ainda que na patologia lesional leve, a agravação é curta e forte, seguida de rápida melhoria; em lesional grave, é prolongada, e seguida de lenta e segura melhoria. Note-se que apesar de homeopática, a teoria acima é calcada na doença e, talvez por isso, não contemple o fenômeno em todas as suas vertentes.

Todavia, é de Kent (1970, p. 245) a descrição da AT mais aproximada daquela proposta aqui:

Por exemplo, tome um paciente destinado, por hipótese, a entrar em consumpção [tuberculose]. Após o remédio adequado acontece [...] um presságio do que ele sofreria através dos anos a partir de agora se não fosse curado pelo remédio. Uma condição chocante pode lhe sobrevir...

Note-se que Kent tangencia o conceito de piora devido à exteriorização de um *morbo latente*, em seguida à medicação adequada, contudo, não se aprofundará nesse aspecto. A *condição chocante que pode lhe sobrevir* corresponde à eliminação da doença que o paciente *sofreria através dos anos se não fosse curado*: a enfermidade que se encontra em andamento silencioso é eliminada graças ao tratamento oportuno, ocasionando a agravação.

Esta imagem da AT como sendo a antecipação relativa, qual *presságio* da afecção em vias de se instalar naquele organismo, em futuro breve, parece decorrer da dinâmica espontânea que, segundo Hahnemann (1994, par. 201) vigora na saúde:

Mas, por meio deste sintoma local que silencia a enfermidade interna, a força vital não pôde até aqui diminuir ou curar toda a enfermidade; esta continua, apesar dela, aumentando gradualmente e a Natureza se vê obrigada a aumentar e agravar cada vez mais o sintoma local, para que possa bastar como substituto da enfermidade interna aumentada e possa mantê-la ainda sob o seu domínio.

Embora força vital ou energia vital não exista, a noção de que a manifestação da doença obedece a um fluxo dinâmico é muito interessante, especialmente se for atualizada para o enfoque da unidade mente-corpo e a avaliação biopatográfica. Nesse contexto, o raciocínio de Hahnemann, acerca do deslocamento da enfermidade interna como recurso visando a proteção do organismo, demonstra seu entendimento dinâmico do processo.

Assim, é possível admitir a derivação da patologia para órgãos periféricos com o intuito de proteger estruturas internas, desde que se origine de postura existencial análoga, sem a qual o processo não ocorreria no físico. O sintoma local que freia a doença interna é um dispositivo natural de preservação de estruturas mais nobres. Contudo, tal recurso não atua por si só. **É uma espécie de imunidade que precisa ser desenvolvida.**

Esse conceito necessita ficar bem elucidado: não existe nenhum dispositivo universal, intitulado “força vital”, que defende — de modo espontâneo — os órgãos nobres e descarrega a perturbação, automaticamente, em

setores secundários. Para que esse fenômeno se apresente, é necessário que o indivíduo tenha se posicionado de forma idêntica em suas vivências. Por exemplo, quando o sujeito protege seus próprios sentimentos, valores, crenças, compromissos, relacionamentos e atividades, dentro do possível — já que têm grande significado para ele — e sofre os prejuízos, decepções e fracassos, mas minimiza-os, e leva a vida adiante, com a plenitude possível, ele está derivando uma provável e futura localização física para órgãos secundários. Desse modo, apesar das crises e aflições que o atingem, o indivíduo não se enrijece ou estaciona nem se deixa dominar pela indiferença ou depressão. Esse tema é abordado também no capítulo *Leis de Cura*.

Quando um paciente apresenta uma patologia antiga e importante — estável ou cíclica — com repercussões em sua vitalidade e/ou autonomia, costuma ter os ingredientes duracão e gravidade, aos quais Hahnemann e Kent atribuem, respectivamente, papel fundamental na gênese da AT. Tais fatores denotam uma possível tendência a manter ou agravar as disfunções ou lesões já existentes. Portanto, os casos em que a doença já se fixou há bastante tempo no organismo e, especialmente, naqueles que ela caminha para se complicar, têm-se as características que se podem sintetizar num só conceito: **progressividade**. No entanto, veremos abaixo que somente se pode considerar provável a ocorrência da AT quando há um **morbo latente**, ou seja, um quantum de exteriorização suspenso e ainda por se manifestar, seja no mental ou no físico.

Por outro lado, pessoas com quadros funcionais ou incuráveis que cursaram com AT levantam questionamentos em relação à principal teoria vigente, que paraleliza a agravação com a gravidade da doença. Chega-se ao equívoco de distorcer fatos para que se ajustem ao modelo teórico, como se depreende das duas afirmativas a seguir:

1. *Uma afecção puramente funcional, sem qualquer alteração orgânica (se isso for possível, coisa da qual duvido), cederá ao remédio sem qualquer agravação.*
2. *Outra fonte frequente de agravações intensas é a cefaleia crônica. Devemos supor que existam alterações orgânicas nos tecidos cerebrais em alguns (senão em todos) destes casos* (WOODS, 1997, p. 91 e 92).

As afirmativas de Woods expõem uma incoerência: o seu arcabouço teórico estabelece que enfermidades funcionais curam-se sem AT, mas, como cefaleia crônica ou enxaqueca apresenta agravação frequentemente após o medicamento homeopático adequado, então, não deve ser apenas funcional! Esse raciocínio demonstra a transformação da teoria em preconceito, levando o observador a forçar a natureza dos fatos para que se ajustem ao pressuposto teórico.

Vale citar aqui outra opinião a respeito da AT: *em pacientes incuráveis evitaremos as agravações intensas e obteremos a paliacção dos sintomas e o prolongamento de suas vidas, prescrevendo remédios de natureza mais*

superficial em potências abaixo da 30^a (GRIMMER, 2002, p. 20). Além da afirmativa categórica quanto à ocorrência de AT em pacientes incuráveis, o que revela a aceitação da tese de que este tipo também se encontra sujeito à agravação, Grimmer propõe a redução da dinamização como recurso para evitar ou reduzir a agravação, divergindo da escolha de Hahnemann.

Para embasar a tese que associa a AT à eliminação de um morbo latente, fez-se um levantamento de várias patologias que exibem surtos de piora em seus próprios sintomas, seja por evolução natural, seja na vigência de terapêutica química bem sucedida. A terminologia empregada pelos biomédicos surpreende pela incrível semelhança com os homeopatas clássicos. A agravação constitui, frequentemente, uma intercorrência complexa, pois acentua as queixas e transtornos do caso e desafia a relação médico-paciente. Sua existência faz recordar outros episódios da natureza:

As forças naturais do cosmo e dos seres vivos são verdadeiramente extraordinárias. [...] Mas a ação das forças naturais não está sempre livre de catástrofes. Estou me referindo a questões que os sermões cheios de eloquência sobre 'retorno à natureza' ignoram: erupções vulcânicas, tufões, maremotos e a total extinção de algumas espécies (BORGEAULT, 2007, p. 89).

Embora o potencial catastrófico da AT numa enfermidade grave, a abordagem sistêmica oferece elementos que contribuem de modo significativo para a condução do caso sob esses trâmites, como se verá ao longo das próximas páginas.

Agravação e hanseníase

Referindo-se ao fenômeno, Hahnemann (1994, par. 160) declara que *esta exaltação dos sintomas [efeitos] medicinais sobre aqueles sintomas da doença análogos a eles, que parecem uma agravação, foi observada também por outros médicos [não homeopatas] quando eles empregaram por acaso o remédio homeopático [observação deste autor]*. Note-se a no comentário a distorção já apontada: o fato foi enquadrado na teoria existente, partindo do pressuposto que só houve cura porque se tratava de similitude involuntária...

Mas, a agravação observada por outros médicos, citados por Hahnemann, contribui para a compreensão da AT, mesmo que o enfoque se reduza à patologia, desconsidere a resposta global e desconheça o significado da sensação subjetiva de bem-estar. Se naquela época já havia profissionais da biomedicina que constataram a agravação durante um tratamento convencional bem-sucedido, hoje o avultado número de situações em que se verifica o fenômeno, desperta admiração no estudioso do assunto.

Os pacientes com hanseníase podem ser agrupados em dois tipos extremos: um com lesões predominantemente cutâneas e em nervos e outro

que tende a se generalizar para as vísceras. Em meio aos dois, as variações do tipo dimorfo. Eles tendem a apresentar “estados reacionais”, que são classificados em *reação tipo I* — que pode ser dividida em duas subcategorias: *de piora* e *de melhora* (MARGARIDO, 2004, p. 696). Esses quadros reacionais, no entanto, não dependem de tratamento para acontecer, e são investigados devido a diversos fatores, que serão elucidados abaixo.

Antes, porém, vale recordar que *a primeira manifestação da doença são manchas hipocrômicas ou eritêmato-hipocrômicas ou simplesmente áreas circunscritas de pele aparentemente normal que apresentam distúrbios de sensibilidade* (OPROMOLLA, 1997). Dentro deste retrospecto sobre a hanseíase, adicione-se a informação de que ocorre assimetria com frequência e o espessamento dos nervos é patognomônico. Sabe-se ainda que os tipos são classificados de acordo com o seu grau de resistência ou imunidade: quando alta, as lesões indeterminadas evoluem para o tipo tuberculóide; quando nula, para o tipo virchowiano, e se intermediária, para o grupo dimorfo (idem). O tipo virchowiano não tratado costuma piorar continuamente, pois não há tendência à cura espontânea, acontecendo o comprometimento visceral.

Quanto às reações propriamente ditas, Opromolla relata que *nos tuberculóides e dimorfos são mediadas por células e se caracterizam por eritema e edema das lesões pré-existentes e aparecimento de lesões novas agudas*. Mas, às vezes, a manifestação reacional é a única expressão da doença. A reação nos casos tuberculóides e dimorfos também é conhecida como pseudoexacerbação ou reação reversa. O tipo tuberculóide reacional não tratado tende à recuperação espontânea ou mantém surtos esporádicos, sem perder as características tuberculóides. Já o tipo dimorfo reacional, sem tratamento, pode degradar rumo ao virchowiano.

A reação reversa se caracteriza pela *diminuição da carga bacilar, maior organização dos granulomas tuberculóides, porém, em especial nesta, ocorre maior agressão neural, às vezes tão intensa até a necrose caseosa de nervos, com fistulização através da pele. Em geral, ocorre após quatro meses de tratamento* (MARGARIDO, op. cit.). O diagnóstico diferencial deve ser feito com urticária em placas e farmacodermia. O tratamento dos estados reacionais inclui anti-inflamatórios, corticoides e imunossupressores, dentre outros, mas não há recomendação de suspender a poliquimioterapia.

O estado reacional do tipo virchowiano apresenta um eritema nodoso hansênico, juntamente com comprometimento do quadro geral, dor, anorexia, febre, insônia e depressão. Os enfermos são multibacilares, *não tratados, embora seja mais frequente, após o início da terapêutica, e, por vezes, persiste, em alguns pacientes, durante um período posterior ao término do tratamento com poliquimioterapia* (SOUZA, 1997) [grifo do autor].

Embora a reação hansênica possa surgir independente, bem como após o tratamento, sucede de forma mais comum durante a terapêutica. Porém, importa destacar que hanseíase é também uma **doença progressiva** em muitos pacientes. *A hanseíase apresenta longo período de incubação; em média, de 2 a 7 anos. Há referências a períodos mais curtos, de 7 meses,*

como também a mais longos, de 10 anos (Brasil, 2010b, cad. 7, p. 1). A evolução por reações lembra a visão de Hahnemann sobre o dinamismo orgânico, já citado antes: *...por meio deste sintoma local que silencia a enfermidade interna...* Finalmente, deve ser relevante a enorme sensibilidade do bacilo ao tratamento antibiótico: *a primeira dose de rifampicina é capaz de matar as cepas viáveis do M. leprae em até 99,9% da carga bacilar de um indivíduo* (Brasil, 2002, cad.9, p. 49).

Desse modo, pode-se afirmar que a hanseníase tende a evoluir por surtos naturais que acarretam deterioração gradual do paciente, assemelhando-se a uma iniciativa espontânea do organismo de expelir o resíduo em latência que se acumulou em seu interior. É provável que a maior frequência desses estados reacionais durante o tratamento seja devido à grande eficácia da terapêutica.

Agravação e tuberculose

O caráter progressivo da tuberculose (TB) fica patente na seguinte citação: *quando o complexo primário não evolui para resolução, haverá **progressão** da infecção, resolvendo em necrose caseosa de maiores proporções* (MARCONDES, 2003, vol. II, p. 236). [grifo do autor]. Chama a atenção o caráter oligosintomático da doença, em sua manifestação pulmonar, sendo que pode ocorrer lesão segmentar cuja taxa de acometimento em menores de 1 ano chega 43%, *entre o terceiro e o sexto mês após a infecção*.

A piora clínica, ou reação paradoxal (RP), desencadeada pelo início do tratamento da tuberculose (TB), com ou sem HIV, já foi relatada por diversos autores. EYER-SILVA *et al.* (2002) apresentam um caso em que se *revelou doença meníngea previamente silenciosa em um paciente HIV positivo de 34 anos*. Outro estudo descreve o aparecimento de novas lesões em quatro enfermos com meningite tuberculosa durante a medicação específica. Todos eles foram submetidos à derivação ventriculoperitoneal durante o curso do tratamento. *Em todos os casos, o esquema terapêutico não foi mudado, exceto pela adição de corticoides por um curto período durante a deterioração* (RAO *et al.*, 1995). Outros autores relatam o caso de dois pacientes desnutridos, sendo que um deles evoluiu para o óbito duas semanas após iniciada a medicação, apesar da melhora dos seguintes indicadores: *Em ambos os casos, houve um aumento progressivo durante o tratamento, da contagem de linfócitos, da resposta celular na pele e in vitro ao PPD, e uma elevação da VHS no momento da deterioração deles* (ONWUBALILI *et al.*, 1986).

A constatação de derrame pleural em 29 doentes foi descrita como RP, entre 3 a 8 semanas do início do tratamento bem-sucedido de TB. Note-se que *pacientes com derrame pleural tuberculoso tendem a ter níveis mais altos de antígeno de TB e anticorpo específico no líquido pleural*, evidência que pontua a favor da hipótese de agravação. Ressalte-se ainda a assertiva de que por se tratar de *evento paradoxal com base imunológica não é necessária nenhuma modificação na terapêutica* (GUPTA, 2000).

No entanto, o estudo mais interessante para os fins da investigação em torno dessa patologia, ostenta 141 pacientes com derrame pleural tuberculoso, sendo que 16 deles evidenciaram novas imagens (*opacities*) radiográficas, durante a terapia específica. Nenhum destes era portador de AIDS, diabetes, alcoolismo, não estava sob uso de esteroides nem tinha histórico de medicação antituberculose. Todos iniciaram o tratamento antes de completar uma semana da detecção do derrame pleural. Além de quatro pacientes que ficaram internados, nos quais a ingestão do medicamento foi supervisionada, no restante da amostra os familiares asseguraram o seu uso correto (CHOI, 2002).

Visando comprovar a etiologia, seis pacientes revelaram lesões compatíveis com TB no material colhido por punção ou biópsia. As novas lesões surgiram 3 meses após o início do medicamento em 13 enfermos, e desapareceram num prazo de 3 a 18 meses, deixando opacidades residuais em 3 oportunidades.

Na investigação acima, o autor argumenta que a hipótese de reação paradoxal é embasada nas biópsias — pela presença do bacilo ou achados compatíveis com TB — e pela resolução das lesões através da medicação antituberculose. O procedimento denota rigor metodológico, pois só se considera RP quando se confirma o mesmo agente etiológico nas lesões posteriores à intervenção. E, finalmente, um critério valioso para enquadrar o fenômeno dentro do conceito de agravação:

Mesmo após a detecção de novas lesões, todos os pacientes continuaram com a medicação antituberculose, sem alterar o esquema, até a resolução ou estabilização das lesões. [...] é importante identificar esta impressionante, mas benigna resposta pulmonar paradoxal, a fim de evitar procedimentos invasivos ou mudança na adequada terapia atual.

Outro estudo pesquisou a ocorrência da RP em casos de TB, no qual foram montados três grupos: no primeiro, os pacientes foram tratados com Terapia Antiretroviral Combinada (TAC) porque eram também portadores de AIDS; no segundo e no terceiro, apenas com a medicação tuberculostática, já que eram, respectivamente, HIV negativo ou provenientes do período em que não havia ainda a terapia antiretroviral. O último grupo é, portanto, histórico e retrospectivo (NARITA *et al.*, 1998).

Excluídos alguns pacientes, a amostra ficou com 116 participantes no total. Destes, 33 formaram o Grupo 1, sendo que os seus elementos tinham coinfeção (HIV+TB) e receberam medicação combinada, dos quais 12 (36%) tiveram reação paradoxal, sobressaindo-se febre persistente por mais de uma semana sem outra causa provável, piora marcante ou aparecimento de linfadenopatia intratorácica, derrame pleural, piora ou aparecimento de adenopatia cervical, ou piora de outras lesões tuberculosas tipo cutânea ou abdominal. Cinquenta e cinco tinham apenas TB — Grupo 2 — sem infecção por HIV e apenas um (2%) evidenciou reação paradoxal. E no Grupo 3, foram selecionados 28 com coinfeção, mas não havia terapia antiretroviral,

e somente dois (7%) apresentaram RP. Portanto, os integrantes do Grupo 1 tiveram significativamente mais RP do que os do Grupo 2 e 3.

Os autores relatam que toda a medicação, incluindo a antiretroviral, foi suspensa por 4 semanas, no primeiro paciente que apresentou febre consumptiva e piora radiográfica. Contudo, ao se reintroduzir a terapêutica posteriormente, houve novo surto de RP. Nesta ocasião, o tratamento foi mantido, bem como em todos os casos seguintes, sob o seguinte argumento: *a RP tem sido atribuída a causas imunológicas tais como o fortalecimento da resposta de hipersensibilidade tardia do hospedeiro, à diminuição dos mecanismos supressores, e/ou à exposição aumentada aos antígenos mycobacterianos após a quimioterapia bactericida.*

Considerando que a deficiência imunológica facilita o aparecimento de infecções oportunistas, dentre as quais a TB, em indivíduos com AIDS, não faz sentido imputar a causa da RP ao fortalecimento da hipersensibilidade do hospedeiro: se a baixa imunidade é um dos fatores que causam a doença, como se torna elemento de agravação quando corrigida?! Portanto, é necessário procurar outra explicação, que guarde coerência com o fato da RP ser mais prevalente em pacientes submetidos à terapia antiretroviral, com melhora dos índices de linfócitos e da reação ao PPD. Esses indicadores apontam para uma recuperação imunológica, e como a deficiência era a patologia básica, pode-se afirmar que embora o enfermo apresente melhora significativa, alguns casos agravam o quadro da TB.

Todavia, o fato mais extraordinário é a constatação de RP em 36% dos sujeitos com AIDS e TB simultâneas. Isso sugere que pode ocorrer agravação circunscrita a alguns dados do conjunto. Não houve acentuação dos distúrbios relacionados à deficiência imunológica, mas somente aos da TB. O achado respalda a tese homeopática de que a cura começa pelos últimos sintomas, pois eles é que se encontram em progressão — ainda que às vezes inaparente — e, assim, representam o ponto de maior carência de um agente terapêutico. Além disso, pode se considerar que a piora apenas de um grupo de alterações significa que a doença provavelmente evoluiria naquela direção. No caso, a TB que se agravou tendia a se complicar talvez mais do que a própria doença de fundo, a qual havia se estabilizado.

Agravação e sífilis

O estudo da agravação ou reação paradoxal (RP) atinge o ponto culminante no tratamento da sífilis, já que a descrição da mesma na literatura contempla mais de um século. Coube aos médicos Adolf Jarisch, em 1895, e a Karl Herxheimer, em 1902, a descrição da piora clínica transitória em determinados pacientes submetidos ao tratamento da sífilis, à época, com mercúrio, arsênico e bismuto (WEISMANN, 1995).

Antes, porém, de abordar a Reação de Jarisch-Herxheimer — RJH, é necessário rememorar alguns aspectos da sífilis:

Após geralmente 15 a 30 dias do contágio, surgem os sinais e sintomas da sífilis primária com mácula genital (pode ser anal ou oral), que rapidamente se transforma em pápula e em úlcera indolor, e aparece a adenopatia satélite. Depois de 1 semana ocorre “cura”, fato que não leva o paciente ao médico. Os sintomas da sífilis secundária surgem após 30 a 90 dias, com febre, mialgia, artralgia e a reséola sifilítica, mais comum em palmas e plantas. Se não tratada, após 3 a 20 anos, pode ocorrer a sífilis terciária (MEDEIROS, 2008, p. 266).

Segundo outros autores, a lesão primária também pode ocorrer nas mãos.

Destaque-se o caráter eminentemente **progressivo** da doença. Acrescente-se que em seguida à forma secundária, há um período denominado de *sífilis latente*, dividida em dois subgrupos — até um ano, sífilis recente, e acima de um ano, sífilis tardia — em que o paciente permanece assintomático, mas com sorologia positiva para o *Treponema pallidum*. A sífilis terciária se caracteriza, principalmente por lesões cutaneomucosas (tubérculos ou gomas), neurológicas (demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico) e articulares (artropatia de Charcot) (FRANÇOSO, 2001, p. 214).

Quanto à evolução em geral dos acometidos, vale citar:

A evolução da sífilis latente tardia (1 ano após o contacto) rege-se pela clássica regra dos terços. Num terço dos casos não há manifestações da doença e as reações sorológicas não treponêmicas de sífilis, nomeadamente o Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), tornam-se negativas. Noutra terça parte, o VDRL permanece positivo, habitualmente com título baixo, mas igualmente sem quaisquer sinais ou sintomas de sífilis. No último terço ocorre sífilis tardia ou terciária. Cerca de metade destes doentes têm sífilis tardia benigna, um quarto, doença cardiovascular e o quarto restante, doença neurológica. (BARROS et al., 2005)

Em outras palavras, pode-se dizer que um terço dos pacientes com sífilis tardia evolui para a cura espontânea; noutra terça parte, a doença fica estagnada, com sorologia positiva, mas assintomática, e o último terço, caminha para manifestações ostensivas, mas metade ainda o fará através de forma benigna.

Quanto à Reação Jarisch-Herxheimer (RJH), três grupos de alterações compõem o quadro: 1) febre, calafrio, suor; 2) agravação dos sinais, sintomas e lesões já existentes, desde a erupção cutânea aos distúrbios mentais; 3) hiperventilação, vasoconstrição, aumento da pressão arterial, seguidos de hipotensão e vasodilatação (BRYCESON, 1976). Adicione-se ainda uma definição da RJH: *reação febril acompanhada pela exacerbação das lesões cutâneas que ocorre quando pacientes com sífilis são tratados com agentes antitreponemiais tais como metais pesados, soro imune ou antibiótico* (YOUNG, 1982).

Entretanto, importa mencionar que a RJH não é exclusiva da sífilis, podendo acontecer também na Doença de Lyme ou borreliose (BUTLER, 1978) — forma grave de reação —, leptospirose (VAUGHAN *et al.*, 1994), bem como na brucelose (HEYMAN, 1952) e tripanosomíase (MARINELLA, 1996), entre outras enfermidades.

A reação pode ocorrer também associada a outras drogas, sendo que além da penicilina, foi descrita com eritromicina, amoxicilina, tetraciclina e quinolonas (AVELLEIRA *et al.*, 2006). Os autores acrescentam ainda que é possível acontecer a RJH em qualquer estágio da sífilis e, no tocante à penicilina, que a sensibilidade do *treponema* à droga, a rapidez da resposta com regressão das lesões primárias e secundárias com apenas uma dose são vantagens que permanecem até hoje.

Portanto, tem-se aí um kit completo do sonho homeopático: o medicamento extremamente eficaz, em dose única, capaz de atuar em qualquer fase da doença, promovendo uma agravação forte e imediata. Não há uniformidade, mas alguns autores mencionam que a RJH surge entre uma a doze horas após a intervenção e dura de seis horas a dois dias (MALOY, 1998; SARACENI, 2003).

E, acerca da participação de mediadores imunológicos, relacionados ao desencadeamento da RJH, nenhuma correlação pôde ser demonstrada entre o nível de ou mudanças nos complexos imunes circulantes e o grau de severidade da reação Jarisch-Herxheimer (SOLLING *et al.*, 1982). Entretanto, já foi encontrada elevação transitória no plasma do Fator de Necrose Tumoral alfa em seis casos de RJH na Doença de Lyme, que é uma citocina envolvida em inflamações sistêmicas (NEGUSSIE, 1992).

Tais achados demonstram a indefinição dos mecanismos que promovem a RJH. Reflita-se, porém, que a agravação foi descoberta muito antes do advento do antibiótico; os metais pesados, então prescritos no tratamento da sífilis, não possuíam a eficácia terapêutica obtida com os antibióticos, particularmente a penicilina. Reunindo esse dado com o fato de ocorrer RJH em pacientes com sífilis e AIDS, bem como a reação paradoxal naqueles que apresentam tuberculose e AIDS, corrobora-se a impressão, descrita acima, de que a agravação **não** é um fenômeno obrigatoriamente vinculado ao reparo global, mas que pode se limitar a um grupo de sintomas.

Esta conclusão — possivelmente inédita no meio homeopático — abre novos horizontes para a aplicação do conceito referente à AT e isso será retomado na última seção deste capítulo: Conclusões.

Progressividade e agravação

É possível que a sífilis, erguida aqui em protótipo de patologia associada à agravação, cumpra esse papel devido ao seu caráter essencialmente **progressivo**, aliado à boa resposta terapêutica. Muitas doenças são curadas por antibióticos, outras substâncias ou diferentes intervenções, no entanto,

poucas ostentam o acometimento gradual como marca de identidade e que chega a se impor na classificação de seus diversos subtipos: primária, secundária e terciária.

Ainda que o câncer, a miastenia, o mal de Parkinson, a esquizofrenia, entre muitas outras enfermidades, tendam a piorar com o tempo e a produzir sequelas e ou complicações — culminando não raro com o óbito — no caso da sífilis, porém, o avanço gradativo constitui um traço marcante.

Este aspecto progressivo significa que algumas pessoas que se infectam com o *Treponema pallidum*, suscetíveis de desenvolver transtornos graves no futuro, não o farão de modo repentino nem imediato. Não haverá sepse, tampouco uma perturbação aguda e generalizada que coloque em risco a vida do paciente, exceto em casos excepcionais, a exemplo da sífilis congênita, que pode ser fatal. Há um processo contínuo a ser cumprido, como uma série de etapas, sem as quais não se alcança o objetivo.

Assim, do ponto de vista homeopático, as alterações devidas à sífilis que serão produzidas no indivíduo mais tarde, muitas vezes já se encontram presentes no nível psicológico e dinâmico, por ocasião do contágio. Há perturbações anteriores que oferecem o terreno. São vivências infelizes e auto-destrutivas que pedem um tanto de tempo a fim de se materializar no plano físico e que, por sua vez, também foram estruturadas de forma lenta. Vê-se um hipotético exemplo dessa trajetória no amor que se decepciona e se transforma aos poucos em ressentimento, ódio, e incapacidade de experimentar novas afeições. Em tese, o fator que ocasionou a decepção — geralmente traição, deserção de compromisso etc. — corresponde ao bacilo. A vulnerabilidade emocional que se deixa afetar condiz com dar guarida ao microrganismo; o tamanho do estrago psicológico permite prever a extensão do futuro dano físico, embora aqui haja muita variação quanto à predominância no plano orgânico ou mental. Finalmente, se havia predisposição no sujeito, basta um pequeno dissabor afetivo para que o desajuste se estabeleça, podendo, em casos extremos, prescindir de qualquer fator externo.

Todavia, o que importa é frisar que na abordagem holística, uma doença grave reproduz as experiências fundamentais da vida da pessoa. Tanto nos aspectos básicos como na velocidade de instalação das alterações. O percurso da moléstia reprisa a história de vida da pessoa.

Sem esse pano de fundo emocional, onde se enraízam a suscetibilidade e a predisposição, não haverá prejuízo e ao contágio seguir-se-á a cura espontânea. Contudo, quando o paciente reúne os antecedentes vivenciais para a progressão da enfermidade, ela se manifestará de acordo com o ritmo moldado na matriz psíquica. Em outras palavras, a progressividade da sífilis não se encontra exclusivamente em sua forma física. E, neste caso, havendo intervenção de um recurso terapêutico eficaz, ainda que baseado em apenas um ou poucos sintomas, como é o caso do medicamento químico, o *morbo latente* é exonerado, de forma rápida, precipitando a *Agravação Terapêutica*. O observador atento verificará que já se havia incubado a potencialidade de sua evolução e é nesse contexto que se precipita a AT.

Esta hipótese aqui proposta para a compreensão da AT mantém-se em concordância com a concepção das Leis de Hering e, na verdade, representa o seu primeiro estágio, em que a cura se processa no sentido inverso ao aparecimento dos sintomas. Isso explica porque muitos autores consagrados não distinguem com clareza agravação e exoneração, e tomam uma pela outra. Agravação, a rigor, é tão só a piora dos distúrbios pré-existentes à terapêutica. A ocorrência de outras alterações simultaneamente à AT pode se enquadrar na eliminação de dentro para fora e de cima para baixo (exonerativos), e, se forem antigas, correspondem a retorno de sintomas. Ambas as possibilidades às vezes se misturam com a AT, dificultando o diagnóstico da mesma.

Enfim, o retorno à saúde, principia pela erradicação do morbo virtual, cujo caminho de eliminação pode ser mental e/ou física, conforme se verá no capítulo *Leis de Cura*. O indivíduo que acumula a sua perturbação latente na esfera mental agrava psicologicamente e aquele que o faz no orgânico deposita aí o seu transtorno, existindo vasta gama de situações intermediárias, cuja agravação se dá nos dois estratos.

* * *

Considerando ainda a importância da sífilis para embasar as conclusões deste autor sobre a AT, investiga-se a seguir alguma possível relação entre a fase da patologia e a frequência com que ocorre a RJH. Segundo a teoria de que a intensidade da agravação seria proporcional à gravidade da doença, era de se esperar que os pacientes com sífilis terciária ou latente tardia apresentassem um quadro mais grave por ocasião da RJH. Entretanto, não se encontrou nenhum estudo focando exatamente essa possível associação. Pensou-se então na análise da frequência, admitindo-se que os casos mais avançados de sífilis teriam maior prevalência de reação paradoxal. Entretanto, como se pode ver abaixo, tal suposição não se confirmou.

Existem vários estudos sobre a prevalência da RJH de acordo com a fase da sífilis, mas os achados não são uniformes entre si, girando em torno de 40% dos pacientes com sífilis primária, 70% e 33% de pacientes com sífilis secundária e latente recente, respectivamente (SINGH; JALPOTA, 1995). Segundo Avelleira *et al.* (2006), a frequência da reação varia de 30% a 70% nos casos de sífilis primária e secundária. Numa amostra de 797 participantes, foram encontrados 60,8% na primária e 65,4% na secundária após o uso de penicilina, taxas significativamente superiores às encontradas sob eritromicina e tetraciclina (ANDERSON *et al.*, 1989).

Outro estudo relata que a RJH ocorreu com a mesma frequência em portadores de sífilis secundária precoce e de primária soropositivos, mas que a incidência caiu com a maior duração da doença, e somente 32% daqueles com sífilis secundária tardia (e todos eles tinham condilomata² lata) desenvolveram febre (JARISH-HERXHEIMER, 1967).

² Condilomata: *verruca sífilítica e placa mucosa* são conhecidas como 'sintomas secundários' da sífilis. Fonte: Oxford English Dictionary Second Edition on CD-ROM (v. 4.0)

E prossegue dizendo que a incidência de RJH na sífilis terciária é difícil de estimar. Afirma que *a reação é certamente **menos comum e frequentemente menos grave** do que nos estágios sífilíticos anteriores* [grifo do autor]. O artigo cita ainda um estudo que observou a reação em 34% de 349 pacientes com vários tipos de neurosífilis — em 74% com paralisia geral, 23% com tabes, 17-36% com outros tipos de neurosífilis.

Outro achado muito interessante considera que a RJH é *um fenômeno tudo ou nada, mas que não pode ser visto quando a dose é inferior a 10UI (de penicilina) por kg. O aumento da dose, contudo, não aumentou o grau da reação. Ela também ocorre igualmente no paciente soropositivo e no soronegativo*. Entretanto, o mesmo artigo menciona outro estudo em que a RJH parece relacionada e proporcional ao aumento da dose de penicilina, exigindo a dose mínima de 600.000UI para ocorrer (MOORE *apud* ALLEN *et al.* 1991). Esses dados são de grande relevância para a investigação do tema, já que contradizem, em parte, a tese de Samuel Hahnemann, correlacionando a agravação terapêutica à dose mais forte (pouca diluída) do medicamento. Finalmente, Allen *et al.* insistem com a hipótese de que a RJH configura uma reação de hipersensibilidade, valorizando o fato dela acontecer independente do número de bactérias destruídas. Esses achados apontam para a possibilidade de que a Reação escape à questão numérica, intimando elementos próprios da dimensão qualitativa.

O levantamento acima permite afirmar que **não** há dados suficientes para respaldar a teoria de que agravação seja mais forte ou, no mínimo, mais frequente à medida que aumenta a gravidade da doença. Por outro lado, é lógico que havendo piora clínica dos sintomas já existentes na patologia grave, a exemplo do acometimento acentuado do sistema nervoso, surgirá um quadro mais complexo, requerendo até mesmo cuidados intensivos, em comparação com o portador de uma sífilis primária ou secundária, cuja agravação se limita à febre, exacerbação das lesões de pele e mal-estar. Assim, ao invés de se dizer que a agravação é proporcional à gravidade, pode-se afirmar que a piora de um paciente com patologia importante cria às vezes uma situação de risco, o que não acontece com a enfermidade discreta ou moderada.

A previsão se determinado indivíduo com sífilis primária evoluirá para fases posteriores ou para a cura espontânea ainda constitui um grande enigma. E essa tendência irá pesar muito quanto ao aparecimento ou não da agravação. Ainda que seja tratado adequadamente na fase inicial da sífilis, tudo indica que a agravação será correspondente ao morbo virtual que cada um traz em si mesmo.

É necessária a realização de estudos para pesquisar o risco de agravação num caso qualquer. O levantamento do perfil psicológico do paciente, sua trajetória de vida e o seu passado clínico — conforme a práxis homeopática — devem fornecer elementos úteis para a hipótese da relação direta entre AT e morbo latente. Conhecer e identificar esses possíveis fatores predisponentes pode auxiliar muito no manejo do quadro clínico.

Agravação e implicações

Alguns estudos evidenciaram aspectos notáveis da AT, inclusive óbitos, e isso precisa ficar muito claro para que o profissional avalie os riscos, tome medidas preventivas e norteie-se quanto aos fundamentos éticos. Nesse particular, a sífilis continua ocupando um lugar de realce — principalmente na forma congênita — tendo em vista os graves desdobramentos que atingem o feto por ocasião da RJH após o tratamento, especialmente com a penicilina.

Antes, porém, importa ter uma visão panorâmica da doença nos Estados Unidos, durante a gestação:

De 1992 a 1998, houve 942 mortes entre os 14 627 casos de sífilis congênita relatados. Na maioria das vezes (87,4%), as mães não foram tratadas ou o foram inadequadamente... Cinquenta e dois por cento das mortes ocorreram entre crianças com no mínimo 30 semanas de gestação... Os autores concluíram que para reduzir a mortalidade em 70%, todas as mulheres grávidas com sífilis devem ser tratadas antes de 21 semanas de gestação (BERMAN, 2004).

O autor acima assevera que 40% das mulheres grávidas tratadas com penicilina apresentam quadro discreto de RJH, mostrando febre leve, mialgia, cefaleia e desaceleração do ritmo cardíaco fetal, que evolui sem incidentes. Mulheres acima de 20 semanas de gestação devem ser avaliadas quando ocorre febre, diminuição do movimento fetal ou contrações regulares nas primeiras 24h de tratamento.

Outro estudo detectou sífilis em três fetos nascidos de mulheres que apresentaram RJH, sendo um deles natimorto. Uma criança morreu uma semana depois do tratamento e outra em 26 horas. *Nenhum dos fetos nascidos de mãe sem a Reação desenvolveu sífilis congênita (WENDEL, 1990).* Nesse caso, a ausência de RJH na gestante indica que provavelmente ela não tem, nem o feto, tendência à complicação da sífilis. O achado aponta para o risco da RJH quando o feto já está com a doença, pois seu organismo pode não ser capaz de suportar as consequências da reação.

Parece haver um consenso que, apesar dos riscos decorrentes da RJH, toda gestante com sífilis deve ser tratada com penicilina, e monitorada cuidadosamente (BIRNBAUM, 1999).

Continuando na sífilis, todavia não mais congênita, existe o relato de um caso de morte num paciente com goma cerebral e em outro com paquimeningite. A autópsia deles revelou lesões compatíveis com RJH em sífilis latente precoce. Ressalte-se que nesses casos, não houve indício de que as lesões mais graves apresentem alterações reacionais mais intensas. Esses autores também atribuem à RJH a morte de um paciente com sífilis cardiovascular, que foi a óbito poucas horas após uma injeção de penicilina (HEYMAN, 1952).

A RJH é uma complicação com alto risco de mortalidade e morbidade grave em casos de neurosífilis após uma injeção de penicilina, podendo ocorrer em torno de 30% dos casos (KOJAN *apud* GÜRSES, 2007).

Em relação à tuberculose, há também o relato do caso de uma criança que os tuberculomas intracranianos aumentaram de tamanho paradoxalmente ao longo do tratamento específico. Além disso, na revisão de literatura os mesmos autores encontraram 23 casos em que os pacientes aumentaram as lesões em tamanho ou número e 17 em que tuberculomas apareceram durante o tratamento, dentro do intervalo de 3 meses depois de ter sido iniciado (AFGHANI; LIEBERMAN, 1994).

Eyer-Silva (op. cit.) chama a atenção para o risco de vida desencadeado pela reação paradoxal num paciente, cuja TB na meninge fora silenciosa antes do tratamento.

Uma criança parecia muito bem após 2 meses de tratamento de TB. No entanto, seis dias após o início da terapêutica antiretroviral ela desenvolveu sintomas respiratórios progressivos e evoluiu rapidamente para a morte. A investigação de outros patógenos foi negativa (ZAMPOLI *et al.*, 2007). Esse estudo acrescenta um caso de pneumonia e outro de ascite que, juntamente ao anterior, são classificados como Doença da Reconstituição Imune. Analisando pela hipótese aqui proposta, admite-se que ao melhorar a imunidade do enfermo, a terapia específica alcança maior efetividade e, então, o organismo promove a AT.

No âmbito mental, cabe inserir a exacerbação da síndrome de pânico, no início do tratamento com fármacos inibidores de recaptação da serotonina (RIBEIRO *et al.*, 1998).

É necessário investigar o efeito paradoxal que pode acontecer em tratamentos prolongados com antidepressivos em pacientes suscetíveis (FAVA, 2003). Embora o autor se refira ao mero efeito paradoxal medicamentoso e não à reação paradoxal — que o presente texto utiliza para fazer paralelo com a AT — vale a citação, pois, no momento, o objetivo é destacar as implicações da piora do paciente, mesmo quando submetido a uma terapêutica que tem potencial para levá-lo à cura.

Enfim, há que se examinar a possibilidade de que o tratamento com drogas antidepressivas incrementem a tendência para o suicídio. *...sob certas condições, antidepressivos podem induzir ou aumentar pensamentos ou conduta suicida* (MÖLLER, 2006).

* * *

As situações aqui descritas visam ilustrar os riscos associados à agravação em portadores de afecções graves. O suicídio no sujeito deprimido, os casos de morte por exacerbação da TB e do feto cuja mãe apresentou RJH são evidências muito fortes de que os doentes incuráveis também podem cursar com AT.

A hipótese da AT como a exteriorização do morbo, até então silencioso, contempla os casos extremos de morte e suicídio, pois o organismo pode não prever que ele próprio carece de condições para suportar uma eventual piora, ainda que proveniente de uma terapêutica adequada. Aí entra o bom senso do profissional, tomando todas as medidas necessárias para o devido suporte à vida.

Outro aspecto muito relevante tem a ver com os princípios éticos. Um tratamento que pode acarretar agravação precisa ser informado ao paciente e/ou familiares. Por outro lado, o que leva a uma verdadeira AT depende, em tese, da existência do morbo latente, e sobre isso influem dois fatores:

1. Doença cíclica: constata-se que as crises regulares de determinada patologia, seja asma, amigdalite, pneumonia, enxaqueca, convulsão etc., evidenciam intensificação do próprio quadro ou diminuição do intervalo entre elas.
2. Adoecimento progressivo: o paciente fez uma trajetória de complicação crescente. Piora sucessivamente da periferia para o centro, de baixo para cima, e com tendência à acentuação do quadro ou generalização do comprometimento.

Em ambos os casos, nota-se um enfermo deteriorando continuamente o seu estado de saúde ao longo do tempo, elemento básico para se conjecturar a respeito da possibilidade dele abrigar um morbo latente. O levantamento da biopatografia — história de vida, baseada nos fatos mais marcantes e respectivas reações do paciente — fornecerá mais dados para consolidar o prognóstico. Caso ele ainda persista muito enredado em problemas existenciais, envolvido em conflitos afetivos, cheio de culpa ou acusando terceiros pela sua condição, é bastante provável que se mantenha no mesmo estado ou em decadência quanto à sua higidez.

Aparentemente, o indício mais fidedigno quanto à existência de algum morbo latente é a piora progressiva e recente: houve intensificação espontânea da patologia e os sintomas tornaram-se mais frequentes, mais acentuados ou mais complexos. Essa piora sugere a possibilidade de que a somatização ou exteriorização mental não foi suficiente e ainda resta um tanto a ser exonerado, que pode ocorrer mediante um tratamento adequado, surgindo no formato de agravação das alterações pré-existentes.

Também é possível, em tese, a AT com manifestação de sintomatologia nova, caso o paciente já estivesse elaborando a expressão de um distúrbio diferente. Este processo encoberto, e que talvez viesse a receber outro nome — quando surgisse à luz — pode ser precipitado por um tratamento eficaz.

Em todas essas situações, o principal recurso de avaliação com o fim de estabelecer o diagnóstico de AT é a melhora do estado geral, com destaque para a sensação subjetiva de bem-estar. A referência à SSB pode ser direta ou indireta:

1. Direta: o paciente diz com clareza e categoricamente que, apesar da piora de seus sintomas, ele se sente melhor. É comum expressar através das seguintes variações: mais leve, mais solto, mais animado, mais contente, mais disposto etc.
2. Indireta: afirma que alguma coisa do ambiente ou das pessoas melhorou. Por exemplo: o clima está colaborando, a alimentação agora é do seu agrado, as pessoas enfim atenderam seus pedidos, acha que já acredita no tratamento etc.

Finalmente, cabe enfatizar que quando o sujeito encontra-se com o seu quadro em fase de estagnação, sem indícios de que esteja piorando nos últimos tempos, nem tenha passado por *stress* recentemente, não há razão, em tese, para que ocorra uma AT. Portanto, não havendo sinais da existência provável de um morbo latente em atividade, em função da piora da sintomatologia, a melhora advém sem agravação, mesmo em patologias graves. Uma doença já ostensiva, independente de sua gravidade, pode ter esgotado toda a expressão patológica elaborada pelo paciente e, então, ao ser medicado não há mais nada pendente para se exteriorizar, não suscitando qualquer agravação.

Diagnóstico diferencial

A exacerbação temporária da moléstia durante um tratamento adequado é fenômeno comum. Além das situações descritas neste capítulo, existem evidências de que ela também aconteça nas seguintes ocasiões: quando se emprega carbamazepina ou fenitoína para o tratamento de epilepsia generalizada (BETTING; GUERREIRO, 2010); na aplicação de Iodo (I131) em pacientes com hipertireodismo (ANDRADE *et al.*, 2001); uso de mesalazina em casos de Doença de Crohn (SIPAHI, 2005); utilização do fator antinecrose tumoral alfa em casos de psoríase (SARI *et al.*, 2006); lamotrigine em crianças com epilepsia benigna (BATTAGLIA, 2001); albendazol em pacientes com neurocisticercose (GARCIA *et al.*, 1997), entre outras.

Isso indica que o fato talvez seja muito mais significativo do que, a princípio, se pensa. A constatação da existência da AT na literatura homeopática surge com o próprio Samuel Hahnemann, que lhe conferiu um bom valor prognóstico.

A AT deve ser diferenciada de intoxicação medicamentosa, alergia e, especialmente, de reação exonerativa e retorno de sintomas:

1. Intoxicação medicamentosa — tese proposta por Hahnemann e um dos principais fatores que o levaram a prosseguir cada vez mais na diluição e a criar o método intitulado *cinquenta milésimal*. Contudo, ele não valorizou o fato da diluição, aparentemente, favorecer a resposta global mais rápida. Desse modo, em casos graves e que se pretenda diminuir o risco de agravação, o procedimento deve ser inverso à conduta imaginada por ele: usar

uma dinamização baixa (entre TM — tintura-mãe — e C30) em dose única e avaliar diariamente, se necessário (GRIMMER, 2002, p. 20).

2. Alergia — geralmente é fácil descartar esta alternativa porque não se associa o remédio homeopático a reações alérgicas. Mas, é bom tê-la em mente para orientar quanto ao fato, em especial ao surgir erupções na pele. Para que correspondam à AT exige-se que elas já estivessem presentes na época da intervenção e tenham se agravado em seguida.

3. Reação exonerativa — os movimentos reativos, que fazem parte do trajeto de cura, podem acontecer em simultaneidade com a intensificação das alterações que correspondem à AT. Assim, junto com a piora de alguns sintomas pré-existentes, aparecem outros que pertencem à saída da enfermidade de dentro para fora e de cima para baixo. É possível que novos estudos venham a identificar um pequeno intervalo de tempo entra as duas manifestações, já que a agravação deve se iniciar antes dos esforços reativos. Por não distinguir os dois processos, J.T. Kent supervalorizou a reação e considerou a agravação como parte daquela.

4. Retorno de sintomas — teoricamente, a cura acontece na sequência: agravação, exoneração, retorno. Primeiro, a exteriorização do morbo latente; em seguida, as manifestações exonerativas de dentro para fora e de cima para baixo e, por último, o retorno de sintomas antigos. A confirmação de tal sucessão requer mais pesquisas.

Agravação: conclusões

A esta altura, considerando as mais distintas oportunidades em que se detecta a presença de exacerbação paradoxal, pode se deduzir que **nem** todos os casos de AT sejam seguidos de saúde ampla e duradoura, como supõem muitos homeopatas. É necessário admitir que o medicamento adequado atue muitas vezes de maneira segmentar, promovendo seu efeito terapêutico sobre apenas um grupo de sintomas e não sobre a pessoa de modo geral. A ocorrência de AT também com o medicamento químico endossa tal conclusão.

Ao considerar a agravação dita homeopática análoga à reação paradoxal em suas multiformes expressões, extraem-se várias deduções. Em geral, o homeopata acostuma-se a raciocinar em termos do efeito global e profundo do medicamento dinamizado. Mas, nem sempre a resposta alcança a dimensão esperada. Pelo contrário, é muito frequente a obtenção de um resultado parcial, atribuído à adequação reduzida do medicamento para o paciente. Tal desfecho é visto como fracasso terapêutico, que evolui — depois de sucessivas prescrições com efeitos complementares — ao êxito amplo.

Reconhecendo-se a possibilidade da AT acontecer de forma fragmentada, há que se esperar um resultado igualmente restrito ao campo de ação da substância. A sensação subjetiva de bem-estar (SSB), ainda que discreta deve estar presente, já que pelo menos em parte, houve cura.

Outra hipótese que se levanta é que a agravação de parcela dos sintomas pode não corresponder às últimas alterações evidenciadas pelo doente, se ele estiver elaborando intimamente uma alteração inédita. Aqui mais uma vez, a SSB constitui fator decisivo para a manutenção do tratamento e conduta expectante, especialmente se acompanhada de outros sinais exonerativos. Neste caso, pode-se afirmar com segurança, que a fração intensificada exprime a parte que iria se agravar ou se manifestar posteriormente, se o caso clínico seguisse o seu curso natural.

A evolução do paciente por ramos e bifurcações sintomatológicas, embora não seja o objetivo primeiro, precisa ser mais bem compreendida em função da frequência com que ocorre na clínica a fim de lhe reconhecer o valor e as limitações. As sucessivas aproximações podem fazer parte do processo terapêutico no contexto da indeterminação característica dos sistemas dinâmicos, pois neles, quando próximos da saúde, predomina o fluxo do vir a ser.

Por outro lado, considerando o risco de dano irreversível ou de óbito, o profissional deve se pautar com zelo inexcedível. O encaminhamento para outros especialistas para que não falem providências e recursos adicionais, deve ser priorizado. Não convém apoiar-se em falsos panegíricos de que o medicamento homeopático adequado determina obrigatoriamente a cura, tendo em vista os exemplos exuberantes de óbito, descritos acima, no tratamento da sífilis e da TB. A diferença é que apesar de mais sutil do que o remédio químico, ele é capaz de mobilizar o organismo de forma global e, portanto, o risco de complicação e morte não pode ser descartado na agravação de enfermidade grave, seja mental ou orgânica.

Convém, ademais, examinar o conceito de que o resultado parcial corresponde sempre a uma supressão (KENT, 1970, p. 260), e que é indispensável o reaparecimento dos sintomas erradicados. Mais uma vez se observa que o resultado global foi elevado à condição de ideal e único, promovendo a rejeição das respostas parciais. Caso tal premissa fosse verdadeira, as intervenções locais já teriam sido abandonadas devido ao fracasso generalizado junto à população que se utiliza predominantemente desse tipo de recurso.

A AT consiste de uma reação despertada relativa à morbidade latente, mobilizada pelo estímulo exterior, seja químico e restrito ou homeopático e global ou, ainda, proveniente de alguma vivência. Em si, a AT não é boa nem má. Também não é preciso tê-la para que se chegue à cura. É necessário, antes de tudo, compreendê-la como um fenômeno natural dos sistemas vivos em desequilíbrio que, ao serem estimulados, movimentam-se em direção à saúde. Como catarse, pode ser restaurativa; como desorganização completa, pode levar ao óbito. Em seu polo positivo, tende à resolução de problemas; em seu polo negativo, termina com a possibilidade da vida. Felizmente existe uma miríade de estados intermediários por onde se estruturam todas as propostas terapêuticas e o cuidado com o doente tem que ser a meta principal.

A AT requer cuidadosa atenção quanto aos aspectos éticos e vale ressaltar a preocupação de Hahnemann no sentido de evitá-la. Trata-se de

um exemplo a ser fielmente seguido, em contraposição a muitos autores, a exemplo de Chappell (2005, p. 111), que a consideram bem-vinda ou de Vithoukas (1986, p. 317) que a classifica como desejável, segundo a linha de pensamento que a agravação corresponde a indicador bastante confiável para se reconquistar a sanidade. Explicar ao paciente, antecipadamente, os riscos, quando notórios, é fundamento ético. Disponibilizar-se para avaliações frequentes patenteia responsabilidade e compromisso para com o enfermo. E, em tese, o emprego de dinamizações baixas em dose única — ao introduzir cada novo medicamento — deve amenizar a eventual agravação.

Agravação e caso clínico

XXY, sexo feminino, 50 anos de idade.

Data zero

Insônia, irritada. Ansiosa demais durante o dia, não consigo fazer algumas coisas. Mas, quando deito, os problemas vêm à cabeça e não durmo. Vou dormir o dia já amanhecendo.

Insatisfação com o meu trabalho — estou nele há mais ou menos oito anos.

HP: mastite.

Apetite: engordei muito nos últimos dois anos. Como desordenadamente.

Sede: às vezes bebo muito; às vezes não sinto sede.

Sonhos: com pais na minha infância e com a casa da época. Com pessoas que passaram pela minha vida amorosa.

Clima: ndn

Temperamento:

Geralmente calma, ouço, falo o que penso.

Quando não concordo com algo, falo. Faço esforço para entender o que não concordo, para ver o lado do outro, mas geralmente sou franca, digo o que vem à cabeça.

Ultimamente muito irritada com tudo. Sinto um tremor — especialmente nas mãos, na pálpebra... (externa/).

= demonstro minha insatisfação e tenho vontade de sumir. Ou vou fazer algo que me deixe bem longe de onde trabalho. Vou trabalhar em casa.

Sensação que algo ruim vai me acontecer, que não sei o que é. Uma angústia...

Moro com dois filhos. Nós nos encontramos mesmo só no fim de semana.

Dedico horas do tempo para o meu trabalho — mas, também cuido do jardim.

Em casa fico mais tranquila — estou sempre querendo ficar em casa.

Nunca fiz tratamento homeopático.

Medo: de entrar alguém de repente na minha casa — muitos assaltos no bairro. Adorava viajar de avião e ultimamente medo. — de morrer, avião cair. = de agressões na rua.

Sensibilidade: filmes. Era pouco emotiva — estou muito mais.

ID: Insônia.

@T *Dulcamara* 200 FC — 5 glóbulos DU (dose única). Veja **Repertorização XXY** e **Planilha de medicamentos XXY**, abaixo.

Repertorização XXY

GENERALS — TREMBLING — Externally — anger — from	28
MIND — POSITIVENESS	45
DREAMS — HOUSE — youth; like the house of her	7
SLEEP — SLEEPLESSNESS — total	37
MIND — HOME — desires to go	53
STOMACH — THIRST — anxious	2
MIND — FEAR — robbers, of	44
MIND — DELUSIONS — thieves — house, in	11

Planilha de medicamentos XXY

	merc.	nit-ac.	cupr-act.	ars.	sil.	dulc.	aur.	nux-v.	bell.	calc.
	8	7	6	6	6	5	5	5	5	5
1	1	2	-	-	-	-	2	1	-	-
2	2	-	-	1	1	3	-	1	1	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	1	2	-	1	1	1	1	2	-	2
5	1	1	2	-	1	-	-	-	1	2
6	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-
7	2	-	-	4	1	1	1	-	1	-
8	1	-	2	1	1	1	-	-	-	-

Seis dias depois — Paciente me envia o seguinte e-mail:

Olá Dr. Gilberto,

Resolvi escrever e contar o que estou observando em mim e atribuo ao início do tratamento:

1. A insônia tornou-se mais frequente, porém a irritabilidade diminuiu;
2. Sinto tontura (não sentia antes);
3. Emocionalmente, vi-me às voltas com mágoas antigas e intensas;
4. Tenho dificuldades para executar qualquer tarefa de minha rotina de trabalho ou doméstica;

5. Sinto-me confusa, insegura e com um desânimo geral (pés gelados e suados, mãos quentes, ouvidos zumbindo, olhos ardendo e boca seca) recusei quase todos os convites para sair, por me sentir indisposta;
6. Acho que esse estado depressivo está relacionado a um sentimento de abandono, fracasso, medo de mudar/enfrentar situações novas;
7. Já desconfiava dessa desorganização, só não sabia que seria assim tão dolorida (sinto dores no corpo inteiro, principalmente na cabeça, esta última com mais frequência à noite).

Abraços,
XXY

Impressão: Apesar da piora física geral e, especialmente, da insônia, a paciente refere que a *irritabilidade diminuiu*. Este autor interpretou a melhora desse sintoma como equivalente à sensação subjetiva de bem-estar.

Conduta: Orientação para somente observar e aguardar.

36 dias depois — Consulta

Nos dois primeiros dias após o remédio homeopático me senti muito mal — prostrada, não fui trabalhar. Dor no corpo, moleza, vontade de chorar, aperto no peito, pés gelados e suados, mãos bem quentes, dor na pele — até pelo contato do lençol. E não dormi nos primeiros dois dias. Resisti e não tomei nada. A piora demorou alguns dias e depois melhorei bastante — da insônia, da irritabilidade. Não sinto mais tanta vontade de comer...

Me senti mais concentrada nas coisas que tenho para fazer. Estava muito dispersa.

Tinha algo que vinha colocando debaixo do tapete: término de relacionamento há 2 anos. Achei que tinha superado e, de repente, magoada, sem nenhum encontro com esta pessoa. Passei a sonhar, a me lembrar de coisas e a ficar ressentida. Na mesma semana que tomei o remédio e continua ainda. Sensação enorme de perda ao acordar — de traição e de abandono. Ele terminou dizendo que era por questão de sobrecarga no trabalho. Depois de 2 dias, descobri que era por causa de outra pessoa. Tentou voltar comigo várias vezes. Não consegui mais confiar. Gosto muito dele ainda. Sinto saudade, vontade de encontrar.

Perdi o medo de ficar sozinha em casa.

As coisas no meu trabalho melhoraram muito; eu estava frustrada. Estava para pedir demissão e agora estou com outras atividades e mais planos.

Muita sensibilidade na pele, no período. Lesões no nariz. Já tive isso, há muitos anos atrás. Bolinhas no nariz que coçam. Ficam 2 dias e desaparecem. [sintomas exonerativos]

Mais paciência. Ouço mais os filhos. Já durmo e não fico acordada esperando-os. E no dia seguinte, tenho mais disposição para conversar com eles.

Menos irritação com os problemas de casa.

Só de ter conseguido dormir é uma coisa muito boa. Ter trazido para minha consciência algumas coisas, também é algo bom. Qualquer barulho mais agudo me incomodava muito. Voltei a sentir o gosto das comidas e bebidas e o cheiro das coisas. Comia só para colocar coisas para dentro.

Conduta: observação.

Comentários sobre o caso clínico:

1. Embora a paciente não tenha se referido às mágoas na primeira consulta, subentende-se que elas estavam presentes. Sob controle, mas incubadas. Não houve relato de que os seus sentimentos a respeito da traição sofrida tivessem piorado espontaneamente nos últimos tempos. Conclui-se, portanto, que eles estacionaram, o que fala a favor da tese hahnemaniana de *duração* da sintomatologia e corresponde ao tipo *doente estável*, conforme exposto do capítulo *Prognose e Cura*.
2. Observe-se que também sintomas exonerativos na pele aconteceram paralelamente à AT e, até certo ponto, retorno de sintomas, já que a melhora fez a paciente confrontar-se, de novo, com o término do relacionamento afetivo. Pode-se dizer, em tese, que primeiro aguçou a mágoa e isso a conduziu de volta ao estado que vivenciara anteriormente.
3. Outro aspecto relevante é que o caso pode ser classificado como funcional. Não havia nenhuma doença estruturada. E, apesar do *desânimo geral (pés gelados e suados, mãos quentes, ouvidos zumbindo, olhos ardendo e boca seca)*, o que se agravou de forma nítida foi a insônia.
4. O aparecimento da *tontura* — sintoma novo — evoca a possibilidade da agravação denunciar alguma informação da transferência da patologia, em andamento silencioso, para outro local no organismo.
5. Finalmente, a melhora da anosmia — não relatada na primeira consulta — reforça a conclusão de boa resposta do caso clínico e ilustra de forma clara o que constitui um resultado holístico: melhora do indivíduo como um todo, inclusive de queixas desconhecidas pelo profissional no momento da prescrição.
6. Quanto ao estudo de *Dulcamara*, ressaltem-se duas expressões da paciente peculiares ao tema crescer/desaparecer:
 - a. Na primeira consulta: demonstro minha insatisfação e tenho vontade de sumir.
 - b. Na segunda: Tinha algo que vinha colocando debaixo do tapete: término de relacionamento há 2 anos.

LEIS DE CURA

Este capítulo foi apresentado no Congresso Internacional de Homeopatia, em Salvador-BA, em 1999 e teve uma versão reduzida publicada sob o título *Laws of Cure on Mental Plane* na Revista *Homeopathic Links*, v. 17, p. 80-97, 2004.

As *leis de cura* têm sido amplamente discutidas entre os homeopatas, desde que Hering (1997) reuniu alguns conceitos sob este título e, por isso, também são conhecidas como *Leis de Hering*.

Trata-se de instrumento semiológico indispensável para a prática, considerada por Coulter (1980, p. 23) como a *maior contribuição à doutrina original de Hahnemann*. Kent (1980, p. 273, 325) reconhece o seu valor. Este texto inaugura a aplicação desses princípios no nível mental, graças à experiência profissional deste autor, conforme relato abaixo. Resumem-se em quatro preceitos, mostrando que a melhora obedece a uma sequência no espaço e no tempo, quando o caso evolui favoravelmente:

1. De cima para baixo;
2. De dentro para fora;
3. No sentido inverso ao seu aparecimento;
4. Retorno de sintomas antigos.

Alguns homeopatas questionam a existência dessas leis (SAINÉ, 1997), embora sejam óbvias para a imensa maioria. Não admitir os princípios que regem a série de tais fenômenos representa uma perda lamentável: é como um clínico trabalhar sem o estetoscópio.

Adler *et al.* (2006) compararam a proposta de cura de Hahnemann com a de Hering e Kent e encontraram diferenças importantes. É possível que uma das maiores divergências tenha sido ocasionada pelo esforço de Hahnemann para atenuar a agravação — comentada no capítulo anterior — ao passo que Kent a classifica como reação necessária. Embora Hahnemann tenha aspirado por uma transição rápida e suave rumo à saúde, os achados clínicos não a confirmam e permitem considerá-la ideal, portanto, inatingível, já que o organismo recorre à agravação terapêutica, além de outros mecanismos exonerativos que, ao acelerar a recuperação, provocam certa turbulência.

Introdução

A importância dessas Leis é notória no meio hahnemaniano. Quantas vezes o homeopata não se baseia nestes princípios para nortear sua conduta? Em muitas ocasiões, contrariando a impressão da paciente, aliviada de uma leucorréia, mas seguida pelo aparecimento de uma dispepsia, antes inexistente, o profissional muda a medicação, informando que na trajetória de cura os sintomas seguem de cima para baixo e não ao contrário! Quantos sujeitos se alegram com o desaparecimento de persistente dermatite, não valorizando um discreto broncoespasmo que surge, e espantam-se com a declaração de que para se chegar ao restabelecimento há quase uma obrigatoriedade da erupção reaparecer, ainda que transitoriamente, em seu sentido centrífugo!

Pode-se observar a manifestação também dessas Leis tanto em quadros mentais agudos como crônicos. Aparecem com mais exuberância nos doentes psiquiátricos, mas não constituem apanágio deles. Qualquer indivíduo que mostre sintomas emocionais intensos pode colocar em vigência as Leis de Cura neste plano.

A maioria dos pacientes apresentados neste capítulo encontrava-se internada em Hospital Psiquiátrico, sob tratamento convencional e homeopático simultaneamente. Mas, a comparação entre as terapêuticas não é objeto desse estudo. A finalidade é demonstrar a existência das mencionadas Leis também no plano mental, além de propor um novo entendimento acerca de sua manifestação.

Este autor havia feito um estágio de cerca de um ano, 4hora/dia, na Psiquiatria do Hospital de Base, em Brasília — DF, dois anos antes da realização desse trabalho. Já naquela ocasião, procurou-se detectar indícios de aparecimento de alterações físicas em seguida à melhora de quadros psicóticos, conforme a suposição antiga de que transtorno mental dissolve-se através de “drenagem” para o corpo. Todavia, não surgiram evidências confirmatórias dessa hipótese. Pode-se dizer que tal premissa lembra um aprisionamento no enfoque unitário do ser humano, mas tudo indica que a dualidade prevalece quando vigora a enfermidade. E, de certa forma, a evidência de agravação parcial, demonstrada no capítulo anterior, sublinha a tese de que o regresso à sanidade não implica necessariamente num procedimento generalizado. No entanto, o profissional há de sempre manter sua visão global sobre o paciente a fim de perceber qualquer sinal de deslocamento impróprio da doença.

Além disso, as palavras do Cristo: *O que é nascido da carne é carne, e o que é nascido do Espírito é espírito (João, 3:6,7)*, influenciaram a busca do equivalente mental para as tradicionais leis de Hering. Igualmente, levou-se em conta o segundo princípio da filosofia hermética, o qual diz o seguinte: *O que está em cima é como o que está embaixo, e o que está embaixo é como o que está em cima* (GARCIA, 2007). Então, se no orgânico, a cura se dá, por exemplo, de cima para baixo, como se manifestaria esse mesmo princípio no nível mental?

Material e método

Durante dez meses, este homeopata acompanhou uma média de 7(sete) pacientes por dia no Hospital Psiquiátrico X, com as mais diferentes patologias mentais, destacando-se: distúrbio de humor, depressão, esquizofrenia, transtornos obsessivos compulsivos, transtornos de personalidade, tendência suicida e demência.

Por não se sentir com a necessária experiência para concluir por si só, este autor discutiu os casos clínicos muitas vezes com os psiquiatras, colhendo a sua impressão quanto à resposta terapêutica.

Relaciona-se, na íntegra, a amostra de sete histórias clínicas, sendo seis do Hospital e uma do ambulatório. O acompanhamento variou de um período mínimo de 12 (doze) dias até 3 (três) meses nos internados e de 7 (sete) meses para o paciente ambulatorial.

Foi selecionado somente um grupo de casos clínicos que havia apresentado resposta satisfatória e nítida, cuja rapidez e qualidade não era possível atribuir apenas à abordagem psiquiátrica. Alguns deles estavam internados por vários anos, de forma contínua ou intermitente, porém, mantinham-se estagnados. Seus prontuários foram esmiuçados, investigando sinais compartilhados por eles durante o processo em que transitavam rumo à melhoria consistente.

O Posto de Medicamentos Homeopáticos alcançou cerca de três centenas de remédios, em uma ou duas dinamizações, de preferência 20LM, 30LM, 40LM, 200FC e 1000FC. Os pacientes internados receberam o remédio deste autor, evitando-se a intermediação do serviço por outros funcionários. A maioria deles foi medicada com uma das LM referidas acima, em DOSE ÚNICA. O embasamento para tal conduta encontra-se no capítulo *Medicamento Homeopático*. Registre-se que anos mais tarde, a dose única foi reduzida para três glóbulos ou microglóbulos, de fluxo contínuo ou cinquenta milesimal, respectivamente.

Resultados

O resultado do levantamento efetuado nos casos clínicos, com boa resposta, mostrou as seguintes evidências das leis de cura na mente:

De cima para baixo — o indivíduo conecta-se novamente com o mais elevado de si mesmo, de sua vida, de suas metas pessoais — sejam antigas ou recentes — e se propõe a alcançá-las, relegando suas queixas, carências e frustrações para segundo plano, praticamente esquecido de citá-las e do valor que lhes atribuíra antes. Pode ainda ser expresso como uma recuperação da autocrítica e do juízo, que são funções de alta hierarquia da consciência; neste caso, o comportamento desajustado, a postura exacerbada e/ou a atitude bizarra são apontadas por ele próprio como desvios da razão e do bom-senso.

Pode ser subdividido em duas modalidades.

1 — *lidar com o mais elevado em si mesmo, descobrir novos objetivos de vida ou resgatar metas abandonadas ou esquecidas:*

A.T.A.O., (caso clínico 1), vinte e três anos, sexo feminino. Três dias após o medicamento, diz que não se importa mais com a falta de atenção dos familiares, especialmente por parte de sua mãe, um dos motivos de suas tentativas de suicídio, e discorre muito mais tempo acerca de *suas metas pessoais e seus objetivos de vida*. Não se referiu mais à morte, que costumava ser o assunto principal de suas entrevistas. Não mais se justifica quanto à sua depressão, nem perde tempo com lamentações e queixas. Fala em fazer curso de enfermagem, para o qual ela tem todas as condições culturais e socioeconômicas; afirma que se sentir bem é uma grande novidade nos últimos quatro anos.

G.D., (caso clínico 2), trinta e quatro anos, sexo feminino, internada no Hospital X devido crises maníacas frequentes, tornando-se erotizada e agitada, o que provocou três internações sucessivas, no período de dois meses. Após a intervenção homeopática adequada, ocorre diminuição célere da erotização, e um enfrentamento dos problemas de vida que a afligem. Decide entregar suas três filhas aos dois ex-maridos, *a fim de ter tempo para cuidar de si mesma, desde sua higiene até fazer cursos e trabalhar*. Houve uma postura resolutiva diante daquilo que ela acreditava ser obstáculo para atingir suas metas pessoais.

R.M.R., (caso clínico 3), trinta e cinco anos, sexo masculino, internado no Hospital X algumas vezes devido a alcoolismo, depressão e ideação suicida. Apresentou melhora significativa, quando avaliado quatro dias depois da medicação; relatou *estar pensando em dar novo rumo à vida*; diz que *licença hospitalar é para ficar com a família e não para beber* (ligou para esposa e pediu para ela colocar o pagamento da mensalidade do clube em dia). Seis dias depois da primeira dose, surpreendeu-se com a acentuada melhora em sua libido.

2 — *recuperar a consciência; readquirir o juízo ou a autocrítica:*

A.P., (caso clínico 7), 21 anos, sexo feminino, internada com o diagnóstico de psicose puerperal, era portadora de déficit moderado de inteligência, apresentava delírio de grandeza — dizia-se proprietária da FIAT — e deu um carro a este médico durante a entrevista. No dia seguinte à medicação, a paciente mostrava-se mais tranquila, com redução evidente do delírio, respondendo quase tudo coerentemente, fisionomia menos tensa, olhar expressivo. Após 96 horas da dose única, estava completamente recuperada do delírio, dizia que foi uma loucura ter saído nua de casa e que gostaria mesmo é de *conseguir cuidar de sua filha, lactente, e de reconquistar o pai da criança, com quem havia brigado e se separado*, demonstrando um retorno aos conflitos afetivos que desencadearam o transtorno psicótico.

De dentro para fora — o paciente silencia rapidamente seus mecanismos de compensação ou defesa, para entrar em contato com os sentimentos mais profundos, que deram origem àqueles comportamentos. Desaparece ou diminui muito a manifestação compulsiva e afloram com mais nitidez os medos, a insegurança, a carência, que foram a razão do desenvolvimento da fuga ou da atitude obsessiva.

B.D.C. (caso clínico 4), cinquenta e dois anos, sexo masculino, em acompanhamento ambulatorial, com história de tratamento psiquiátrico alguns anos antes por uso de drogas, refere fantasias sexuais de colocar sua esposa com outro homem; tão frequentes e intensas, que tentou induzi-la a concretizá-las em algumas situações; ao mesmo tempo relata atividade sexual excessiva, com várias parceiras além da esposa e masturbação diária por muitos anos.

Após ser medicado, reassumiu o controle sobre o uso de álcool e cocaína, sentiu-se mais seguro de modo geral e acentuou o medo de ser rejeitado pela esposa, de ficar sozinho. Ele se “defendia” desse medo, comportando-se de forma que isso acontecesse logo.

Na ordem inversa ao aparecimento — os últimos sintomas que surgiram são os primeiros a desaparecer.

J.F.N., (caso clínico 6), trinta e quatro anos, sexo masculino, internado no Hospital X, teve como delírio, durante alguns anos, acreditar-se reencarnação de Gandhi, Beethoven e do apóstolo Paulo, dentre outras figuras célebres da humanidade, e relatou várias alucinações luminosas. Foi-lhe prescrito *Anhalonium*, sem resposta. Seis dias depois, disse ser de outro planeta e uma nave viria buscá-lo, recebendo então novo remédio. Vinte e quatro horas depois, disse espontaneamente que *aquilo de ser ET e de nave não tinha nada a ver*. Acrescentou que talvez fosse reencarnação do Stewart (o sujeito que fez parte dos Beatles, mas saiu do grupo antes que ficasse famoso).

Retorno de sintomas antigos — o movimento de cura se dá *do presente para os conflitos passados*. Após amenizar ou extinguir o quadro atual, o paciente começa a lidar com fatos, acontecimentos, experiências, relações etc., localizados em seu pretérito, os quais provavelmente têm uma importância fundamental na gênese da doença.

4.a — J.F.N., citado acima, com delírio de ser Beethoven, à medida que foi melhorando — aproximadamente 40 dias depois da primeira dose do remédio adequado — disse ter recuperado de repente a lembrança de fatos, dos quais havia se esquecido totalmente. Descreve a cena em que um primo, com quem o paciente competia muito, agredia e estuprava a prima pela qual J.F.N. era apaixonado. Ele se mostra muito surpreso com essas recordações espontâneas. Mas fica na dúvida, se houve ou não o estupro, e tem um momento em que chega a se perguntar: *... ou será que foi só um beijo?!*

4.b — L.A.M., (caso clínico 5), trinta e três anos, sexo feminino, demonstrou grande necessidade de amar as pessoas, especialmente outra paciente muito agressiva, de baixa estatura, obesa e com déficit acentuado

de inteligência; durante o quadro agudo, beijava-a na boca e ficava nua na enfermaria. Quando a medicação homeopática foi introduzida já havia remissão quase completa do quadro psicótico, apresentando ainda intensa labilidade emocional, expressava afeto exagerado pelas pessoas e mostrava-se muito confusa. Entrou em contato com sua própria infância, sentiu-se um bebê e acreditou-se abandonada pelos pais. Além disso, viu-se tendo várias experiências sexuais fora do casamento, sendo que em alguns casos, induzida pelo marido, interessado em obter crédito dos fornecedores da empresa do casal. O contato com o seu passado custou-lhe inúmeras lágrimas e enorme sofrimento.

Discussão

Reconhece-se que a amostra é pequena para o tema em relevo, porém, o autor apoia-se nas seculares leis de Hering — no orgânico — procurando perceber a evidência delas no plano mental.

No início, a mudança do paciente, às vezes, é extremamente sutil. A boa evolução de alguns casos permitiu o estabelecimento dos parâmetros da cura homeopática e, em contrapartida, ficou mais claro quando a resposta não alcança o nível ótimo. O levantamento realizado levou à conclusão que após quatro a cinco dias da medicação adequada, já se evidenciam os **primeiros sinais** de melhora. Do contrário, o remédio deve ser mudado.

De cima para baixo:

G.D., caso clínico 2 — além de relatar bem-estar geral, havia melhorado bastante a agitação, a sensação discreta de dualidade, dentre outros sintomas, todavia, o mais importante foi a constatação de que durante o período que antecedeu à última internação, a enferma tomou a decisão de entregar as filhas para os dois ex-maridos, a fim de cuidar de si mesma e fazer os cursos que pretendia. Ela definiu (ou resgatou) novos objetivos para si mesma. A paciente fez aquilo que acreditava ser o melhor para ela, e com isso provavelmente não apresentaria mais crises maníacas.

Trata-se de uma escolha muito difícil. G.D. identifica neste fator a origem de seu distúrbio e, reavendo o exercício de sua *liberdade*, elimina os supostos empecilhos à sua realização pessoal.

Entretanto, conseguirá essa paciente atingir as novas metas para as quais se programou? Ou acabará por repetir a mesma história, se envolvendo com um terceiro homem e talvez tendo até mais filhos com ele, sem alcançar o fim idealizado? Se fosse uma pessoa mais *madura*, é provável que se sacrificasse pelas filhas, mantendo-se feliz ou, pelo menos conformada, junto delas. Todavia, o medicamento não confere virtude aos doentes.

Por exemplo, quando R.M.R., caso clínico 3, internado várias vezes por alcoolismo e ideação suicida, melhorou prontamente em relação à depressão, ele mesmo se admirou por obter resposta até na diminuição da libido —

efeito colateral dos antidepressivos que usava. O resultado da intervenção homeopática foi surpreendente. Já havia sinais nítidos de melhora na primeira avaliação, 96 horas após a dose única.

Depois de algumas semanas, preparava-se para receber alta hospitalar em excelentes condições. Mas havia uma ansiedade no ar. Ele se perguntava: suportaria o ambiente hostil no trabalho sem novas recaídas? Diante dessas preocupações, o autor refletiu com o paciente sobre o “ganho secundário”: alguns profissionais de sua área aproveitavam-se das internações psiquiátricas repetidas como trampolim para a aposentadoria precoce.

Ao abordar o assunto, talvez prematuramente, mas forçado a fazê-lo devido à alta hospitalar, o paciente retraiu-se. Entretanto, alguns meses se passaram e ele não voltou a ser internado. Visto casualmente no ambulatório do Hospital X numa de suas consultas de controle com a psiquiatra, ele reafirmou continuar muito bem. Mas, cabe a pergunta: a manutenção dos benefícios advindos do medicamento depende mais do próprio sujeito ou do remédio? Considerá-los propriedade do remédio significa atribuir onipotência à terapêutica, desmerecendo a importância do movimento do enfermo no sentido de reconstruir sua saúde.

Portanto, na cura *de cima para baixo*, o remédio proporciona condições para a escolha e/ou determinação de novos objetivos de vida, TODAVIA, se o indivíduo vai executá-los na íntegra ou não, isso é a parte dele (GIBSON, 2009), e que todo ser humano enfrenta em sua luta para crescer, manter-se satisfeito consigo mesmo e em paz.

De dentro para fora:

B.D.C., caso clínico 4, com quadro de sexopatía e drogadição, mostrou evidências resolutivas somente após o terceiro remédio, mas não atingiu o êxito. Sua trajetória colocou em marcha estas leis. O efeito terapêutico ficou evidente através dos seguintes aspectos: melhorou a postura covarde frente ao mundo, se posicionando diante das pessoas; decidiu fazer um concurso para novo emprego em sua área — corresponde ao princípio de cima para baixo; conteve-se quanto ao uso de cocaína e álcool durante 40 dias, e diminuiu significativamente sua compulsão sexual. Pouco tempo antes, ele seria incapaz de fazer tais escolhas. Passadas algumas semanas, ocorreu a intensificação do medo de ser abandonado pela esposa e de ficar impotente. Esta lei foi entrevista por Masi Elizalde (1980, p. 125), recebendo a denominação de *broto psórico*, na medida em que traduz o aflorar da angústia existencial.

Assim, o paciente viu-se num dilema: expressar seu afeto e sua insegurança em relação à sua companheira, pedindo-lhe que desistisse de viajar sozinha em visita aos familiares, deixando para outra época em que pudessem deslocar-se juntos, ou deixá-la ir e aproveitar o ensejo para realizar suas aventuras sexuais. E, exercitando sua *liberdade*, ele não se manifestou. Entretanto, sua melhora trouxe insegurança para a esposa que, veladamente, começou a estimulá-lo a voltar às fantasias antigas, por exemplo, de vê-la transar com outro. Tal comportamento tornou sua recuperação ainda mais

difícil. A sexualidade exacerbada era o trunfo para mantê-la aos seus pés. Nesta dramática encruzilhada, B.D.C. fez lembrar a afirmativa do Cristo: *assim os inimigos do homem serão os da sua própria casa* (Mat, 10:36).

A retomada do consumo de drogas foi outra escolha consciente, sob a alegação de que a abstinência absoluta não era o que ele queria para si mesmo. Nesta ocasião, o autor mostrou-lhe que a homeopatia havia lhe facultado a oportunidade de restaurar-se, rememorando os vários indicadores de sua melhora profunda.

Fica evidente que procedimento adequado e cura são fatos que, em tese, não se misturam sempre e obrigatoriamente. A própria sensação de B.D.C trazia o roteiro: era necessário assumir seu amor pela esposa; expor sua carência e demonstrar sua insegurança. Além disso, a valorização de sua conduta costumeira levou-o a resistir ao apelo débil de sua consciência para que se libertasse das drogas, tornando-se presa de sua própria enfermidade. Num dado momento, quando voltou a beber, reconheceu que precisava muito mais tempo de abstinência do que as seis/sete semanas vivenciadas.

Apesar de representar um recurso extraordinário, que concede ao paciente a incrível experiência da *liberdade* de escolha, a medicação não outorga sabedoria nem maturidade. O REMÉDIO ADEQUADO DISPONIBILIZA A CURA, MAS NÃO A IMPÕE.

É indispensável alertar o doente em caso de escolha equivocada, mas há que soffrear a própria ansiedade e recebê-lo com inalterado acolhimento, independente do uso que faça de sua tenra liberdade.

Um indivíduo que não aproveita a dádiva para se reorganizar — pagando o respectivo preço que isso exige — tende a piorar progressivamente e, não raro, desemboca num estado mais grave do que o do início do tratamento. Em sua sabedoria incomum, o Cristo adverte sobre tal risco:

“Ora, havendo o espírito imundo saído do homem, anda por lugares áridos, buscando repouso, e não o encontra. Então diz: Voltarei para minha casa, donde saí. E, chegando, acha-a desocupada, varrida e adornada. Então vai e leva consigo outros sete espíritos piores do que ele e, entrando, habitam ali; e o último estado desse homem vem a ser pior do que o primeiro.” (Mat, 12:43a45)

A recaída de B.D.C foi nesse estilo; enveredou-se pelas drogas numa volúpia incontrolável; permitiu-se ter relações com travestis, despreocupado de usar preservativo; chegou ao ponto de despertar pela manhã vestido com roupas de mulher e não se lembrar do que acontecera durante a noite. Vale destacar que quando o discurso do paciente volta a girar em torno de parar ou não de beber ou de usar droga, significa que ele já perdeu o contato com seus sentimentos mais profundos e gravita, de novo, na superfície de seus mecanismos defensivos. É sinal que malogrou a fantástica oportunidade de cura.

Assim, na modalidade *de dentro para fora*, o remédio coloca as atitudes reativas ou mecanismos compulsivos em suspenso e faz emergir a angústia existencial. Cabe ao enfermo processar este sofrimento, elaborando outra compreensão para sua dor, e levar a melhora até a superfície, desfazendo-se dos antigos mecanismos de defesa, pois toda a criatura tem de se exercitar no amor e, ao mesmo tempo, ser livre.

Também é importante alertar que a acutização do sofrimento básico não quer dizer remissão da patologia por si só porque é imprescindível a suspensão da couraça mórbida, evidente nas atitudes defensivas ou sintomas reativos. Do contrário, os novos elementos surgidos podem representar duas opções:

1. Deslocamento da sintomatologia para um conjunto equivalente ao anterior;
2. Piora por evolução natural da doença.

Aqui cabe lembrar que a *agravação terapêutica* — caso ocorra — deve ser dos sintomas pré-existentes. Até prova em contrário, para se considerar medicamento adequado, a dilatação do sofrimento tem que ser acompanhada necessariamente de maior *liberdade* no tocante às suas compulsões ou vulnerabilidades.

Quando o profissional não se tem ciência destes fenômenos, permanece à procura do medicamento ideal para o caso. Passa-se o tempo, sua frustração aumenta, e ele se interroga: por que a homeopatia não cumpre a excelência terapêutica, apesar dos sintomas exuberantes e do início tão promissor? Desse modo, o anseio de cura migra sorrateiramente do enfermo para o médico, incumbido de encontrar o elixir milagroso que constanja o doente ao equilíbrio, à moderação, ao autocontrole (ELIZALDE, 2004, p. 165). Cultiva-se o desregramento por longos anos e se pretende a sanidade sem esforço, sem disciplina, sem sacrifício!

Retorno aos sintomas antigos:

Neste caso, o paciente elabora, se for curável, uma nova compreensão do que foi vivido anteriormente, extraindo significado diferente e mais maduro do episódio desencadeante do transtorno. Se incurável, pode até retornar ao passado, mas não processa suas experiências antigas de modo satisfatório ou suficiente, não alcançando uma resolução integral.

Compare-se A.P. , com quadro de retardo mental e psicose puerperal, e que se considerava a proprietária da FIAT, com J.F.N., que se dizia a reencarnação de Beethoven, portador de esquizofrenia e já submetido à lobotomia: ambos apresentaram início de melhora em 24h após a dose única. Na primeira, houve redução nítida do delírio, com reflexo até mesmo na fisionomia e no olhar, ao passo que com o último ocorreu a autocrítica em relação ao seu mais recente delírio, de ser Extraterrestre. Avaliada 96 horas depois da medicação, A.P. estava quase lúcida, com discreto delírio

residual, mas já lidava com os fatores prévios ao surto, dentre eles a crise conjugal e o desejo de resgatar o relacionamento com o ex-marido, ao passo que J.F.N. levou 40 dias para recobrar a lembrança vivenciada dos elementos associados à origem de sua perturbação.

Contudo, JFN não tomou consciência de sua própria idiossincrasia; não entendeu que sua reação na época foi desproporcional, nem elaborou um novo e coerente significado de suas reminiscências. Ele esboça um soerguimento geral — diminuiu muito o delírio e passou a lidar com questões reais, além de fazer um *retorno de sintomas antigos* — porém não consolida o processo. Tal desfecho reproduz a sua história clínica: fora submetido à cingulectomia, poucos anos antes, devido a comportamento agressivo e antissocial, e teve um abscesso cerebral pós-operatório. Não se curou com a cirurgia nem, posteriormente, com a homeopatia, embora tenha melhorado com ambas.

Tudo indica que o prazo necessário para retornar às circunstâncias relacionadas com o surgimento das alterações mentais seja proporcional à distância que os fatos, emoções ou traumas ficaram para trás. A.P. teve que voltar apenas alguns meses, ao passo que J.F.N. necessitou percorrer cerca de 20 anos. Talvez para uma regeneração mais profunda, A.P. tenha que regressar ainda mais no tempo, entrando em contato com causas mais básicas e remotas que a predispueram à crise conjugal e, em seguida, à psicose puerperal.

Quanto à L.A.M., (caso clínico 5), não há indício claro de que o retorno de sintomas antigos se deve à medicação homeopática. Parece que o movimento salutar já seguia um fluxo espontâneo. Mas, não deixa de ser útil ao estudo do tema, especialmente por ela não ter entendido que ficou nua talvez pela necessidade incoercível de revelar à própria família o seu passado sexual “culposo”, já que pretendia casar-se de novo, mas, agora, de acordo com a religião evangélica. O psiquiatra, com quem a paciente tinha um vínculo muito bom, encarregou-se de abordar tais aspectos de forma psicoterapêutica.

Entretanto, a possibilidade de que L.A.M. tenha se lançado em rota de cura por mecanismos intrínsecos de sua consciência e/ou por efeito de medicação química abre perspectivas para futuras investigações. Aqui se reforça a tese de que nenhuma terapêutica detém o monopólio do êxito terapêutico, porque o fator central reside no próprio ser humano, o qual pode recuperar a saúde à revelia de qualquer agente ou vivência externa. Até mesmo fechado em si mesmo, isolado de tudo, o indivíduo pode resignificar o próprio passado e sanar eventuais transtornos provenientes de conflitos ou traumas.

É notável constatar que, tanto no caso agudo quanto no crônico, A RAPIDEZ DE INÍCIO DA RESPOSTA é praticamente a mesma, isto é, 24 a 96 horas. Assim, os dados colhidos neste levantamento reforçam apenas a **rapidez** como critério para avaliar a adequação do remédio homeopático, não incluindo a suavidade nem a duração, e diverge, portanto, da proposição de Hahnemann (2004, par. 2). Recorde-se que na realização de patogenesias,

os efeitos surgidos precocemente — o que tem a ver com a rapidez — são em geral os que inspiram maior segurança quanto à autenticidade, e com frequência, os mais peculiares.

Quando a cura é *na ordem inversa ao aparecimento dos sintomas, com retorno dos antigos*, o remédio proporciona a suspensão rápida das últimas perturbações surgidas, aquelas mais cerceadoras da consciência, permitindo ao paciente reviver e reencontrar de modo espontâneo alguns fatos passados, os quais foram importantes na gênese do conflito. ENTRETANTO, compete-lhe processar essas vivências, dando-lhes novo significado, de caráter resolutivo, porque sem liberdade de escolha não se amadurece na responsabilidade.

* * *

Cabe discutir com mais detalhes a suposição de que a doença mental seja exonerada através do físico. Alguns pacientes psiquiátricos com boa resposta ao medicamento homeopático apresentam retorno de afecções orgânicas prévias, depois da recuperação mental. Isso fez determinados autores ver aí uma regra, a qual reforçava o princípio da prevalência absoluta da unidade mente-corpo (CHOFFAT, 1996, p. 254) e que julga o físico um roteiro obrigatório de eliminação do distúrbio mental. Semelhante evolução parece acontecer apenas nos casos em que o transtorno psicológico foi precedido por moléstia orgânica. Se houve manifestação, ao longo do tempo, no nível mental e físico, a boa resposta revela as leis de Hering em ambos. Começa, naturalmente, pelo que foi acometido por último.

Aparentemente, o deslocamento do morbo mental para o nível orgânico não caracteriza, de forma isolada, que o paciente se encontra em processo de cura. Hahnemann entrevistou tal possibilidade, indiretamente, quando asseverou que *existem enfermidades emocionais, certamente poucas, que não se desenvolveram às expensas de enfermidades físicas...* (1994, par. 225). A observação dos casos clínicos deste trabalho concorda com a afirmativa, mas admite que a maior parte das pessoas evolui com alterações simultâneas no plano psicológico e orgânico. Cada dimensão processa o seu respectivo morbo e dá a impressão que a melhora mental ocorre por causa da externalização para o corpo. Porém, é mais provável que sejam apenas fenômenos paralelos que afluem para a saúde e não haja linearidade causal entre eles.

Muitos estudiosos ainda consideram válida a ideia de 'drenagem', alegando que ao fazer uma lesão física, o indivíduo apresenta melhora psicológica (ELIZALDE, 2004, p. 189). Para se considerar curativo o deslocamento mente-corpo, a derivação haveria de ser proporcionalmente tão grave quanto a original. Em alguns casos pode-se admitir na alteração física que acompanha a melhora psíquica uma *externação* transitória — fenômeno descrito abaixo — com enorme tendência a retornar à localização mental primitiva.

Depreende-se deste estudo que uma melhora evidente seguida de discretas recaídas demonstra índice favorável de curabilidade, pois novas doses

podem conduzir ao resultado almejado. Contudo, melhora global e intensa seguida de recaída espetacular indica grande chance de ser incurável, pelo menos, temporariamente.

Conclusões

Os sinais observados na pequena amostra de casos clínicos psiquiátricos são aqui apresentados como possíveis ilustrações das leis de Hering no plano mental. O autor detecta certas peculiaridades, até então dispersas na literatura, no tocante à expressão dessas leis no nível psicológico, organizando-as num conhecimento uno.

Tais princípios não são exclusividade da homeopatia. São observações da evolução do ser humano quando submetido a tratamento. Qualquer fato na vida de um sujeito pode se transformar em elemento terapêutico. O homem detém em si o potencial de converter uma vivência, aparentemente banal ou adversa, em estímulo para grandes mudanças pessoais.

Quando alguém se encontra em processo de busca de paz interior, de alegria de viver, de harmonização com o mundo, e tantas outras formas que representam a saúde, ele se cura por intermédio de uma palavra, cena, imagem, diálogo, filme, fato, experiência e, até mesmo, de tratamento médico ou psicológico. Desse modo, é o ser humano que retorna à higidez diante desses variados fatores. Ele quem aproveita as circunstâncias e se recompõe. Caso não se lance em direção ao novo ou desconhecido, a fim de desvelar e nutrir as percepções e facetas recém-nascidas de si mesmo, há de marcar passo e afundar-se na estagnação, agravando o seu quadro patológico.

Reconhece-se o valor do item RAPIDEZ quanto ao início da resposta terapêutica. O mesmo não se pode dizer da suavidade, por conta das turbulências psicológicas na *agravação terapêutica* e do restabelecimento de dentro para fora ou no retorno de sintomas antigos. Finalmente, descarta-se por completo o critério duração, pois se encontra na dependência do próprio paciente e da sua capacidade de resolver ou reelaborar adequadamente os seus conflitos e manter-se saudável.

Sugere-se o termo **externação**³ para denominar o deslocamento — nada terapêutico — dos sintomas mentais para o físico, o que representa o inverso da **supressão**. Ambos devem ser corrigidos por uma intervenção adequada. Vale dizer que algumas alterações catalogadas como efeitos colaterais de antipsicóticos, tais como *pseudoparkinsonismo*, *rigidez do tipo roda dentada*, *andar arrastando os pés*, *fácies em máscara*, *opistótono*, *torcicolo*, *visão turva*, *constipação*, *hipotensão*, *agranulocitose* (NAGAMOTO, 1997, p. 322), dentre outras, parecem corresponder a essa transferência do morbo mental para o orgânico.

3 Ato ou efeito de externar. E externar significa Tornar externo dar a conhecer (inclusive o próprio íntimo, pensamento, sentimento etc.). iDicionário Aulete. Disponível no site: http://aulete.uol.com.br/site.php?mdl=aulete_digital&op=loadVerbete&palavra=externar

A presença da sensação subjetiva de bem-estar talvez contribua para esclarecer se a evolução é favorável ou não. Tanto por deslocamento natural, como decorrente de medicação química ou homeopática, é necessário avaliar o grau de conforto do paciente com esse novo equilíbrio. Assim, a recuperação da lucidez não indica, por si só, que o caso segue em direção conveniente. É possível que numa quantidade significativa de enfermos, recobrar a consciência corresponda à melhora de apenas um dado, voltando ao mesmo estado patológico, imediatamente anterior e, portanto, permanece numa faixa de risco muito grande de apresentar nova recaída em breve. Hahnemann (1994, par. 216) já havia advertido sobre o sintoma mental como fenômeno local e/ou parcial e da necessidade de sempre buscar a compreensão do conjunto sintomático, entre eles o evento psíquico modificado.

Finalmente, cabe admitir a hipótese de que, algum tempo após a cura do transtorno mental, possa ocorrer a manifestação física equivalente, através de alterações cujo significado se mostrará semelhante ao agravo psicológico, já desaparecido. Nesse caso, o progresso orgânico tende a encenar percurso idêntico ao executado pelo quadro psicológico, seja de forma espontânea ou mediante algum tratamento. Tudo indica que a doença emocional se concretiza com maior rapidez do que o seu prolongamento físico. Portanto, não é a “drenagem” para o corpo que denota transição para a saúde, mas, no seu devido momento, a exteriorização somática sinaliza que o processo não era exclusivamente mental.

Importante não esquecer que a evolução rumo à plenitude relativa é função do paciente. O estímulo externo pode ser útil e/ou necessário, entretanto, o movimento final pertence à pessoa. O caminho a ser percorrido até a melhora depende do trajeto realizado ao adoecer. Os fenômenos doentios reprimidos poderão vir à tona, sendo então ressignificados pelo sujeito, a depender de sua própria potencialidade.

Externação

Uma paciente de 30 anos de idade, do sexo feminino, estava sofrendo muito em função de problemas com o seu marido e sua própria irmã. O remédio prescrito aliviou rapidamente a dor emocional e ela parou de se lamentar tanto, como vinha fazendo nas últimas semanas. Alguns dias depois, surgiu quadro de infecção urinária, com febre e um sintoma marcante: dor insuportável durante a micção. Tão insuportável que ela buscou tratamento biomédico, embora fosse profissional com formação em homeopatia.

De acordo com a visão clássica, o resultado apresentado era bom e o médico deveria somente observar e esperar. Hoje é possível contestar tal postulado. A bexiga dela estava sofrendo da mesma forma que os seus sentimentos anteriormente: a bexiga “chorava” ao verter líquido. Por que considerar que a dor física é melhor porque a doença está sendo exteriorizada? É necessário recordar Paschero (1973, p. 47): *O médico deve ser*

um homem maduro, capacitado para compreender e amar ao enfermo, de quem deve ser um camarada e a quem está unido pelas mesmas dificuldades e os mesmos problemas, com a única diferença de que para o médico as circunstâncias são mais favoráveis.

A localização espontânea da aflição da paciente havia sido no nível mental. Ela se mostrava magoada, queixosa, inconsolável. Pode-se dizer que a loucura é a opção extrema de perturbar a mente, visando proteger o corpo, sendo o paranoico o protótipo de tal escolha. Por outro lado, algumas pessoas afetam mais o corpo, conservando indenes os sentimentos e a consciência. Aparentemente, o mais comum é o adoecimento distribuir-se em proporções semelhantes em ambos os níveis.

E a equação do desarranjo parece obedecer em cada plano, em essência, às mesmas leis, conforme propõe este trabalho. Quando há melhora de sintomas orgânicos e piora dos mentais, o homeopata declara categórico que isso representa supressão. Mas, se caminha em direção inversa, afirma: é cura. Pode-se enunciar, agora, à luz das observações efetuadas, que isso é um preconceito! Trata-se de uma espécie de menosprezo para com a escolha profunda e instintiva feita pelo indivíduo ao adoecer e que não se pode admitir ao médico sensível e criterioso em sua observação.

Ela não pôde suportar as dores urinárias porque o remédio provocou apenas uma **externação** da doença. Não houve indício de nenhuma operação na mente: ela não tomou consciência de qualquer coisa obscura em suas emoções nem reconheceu algum engano em suas percepções anteriores nem efetuou autocrítica alguma em relação seu próprio comportamento, portanto, não fez nenhuma elaboração dos problemas que enfrentava; só se acalmou — ela deixou de chorar, mas não entendeu a razão. Ela não voltou a lidar novamente com a liberdade.

Agora é possível admitir a validade da reclamação de muita gente, cujo incômodo se desloca da esfera mental para o corpo, dizendo-se pior do que antes. Eles abandonam frequentemente o tratamento porque o médico parece não ouvir suas queixas. Eles geralmente reclamam que o homeopata mostra insensibilidade, quase alegria, com a **externação** dos sintomas mentais para o físico. ...o médico deveria descobrir o que está causando a dor e não achar, só porque não tenho um problema na parte do corpo que eles cuidam, que não tem nada errado. Eu gosto dos médicos, mas eles têm que escutar e ter um pouco de compaixão pelo paciente (STARFIELD, 2002, p. 317).

A decantada hierarquia que muitos acreditam existir na unidade mente-corpo parece que depende de cada paciente. Estabelecer, a priori, que a mente é mais nobre que o físico parece, diante dos casos apresentados, um equívoco preconceituoso.

Finalmente, cabe citar Hahnemann (2004, Preface):

Eu devo advertir ao leitor que indolência, apego às facilidades e obstinação impedem o efetivo serviço no altar da verdade, e somente a liberdade de preconceito e zelo incansável qualificam para a mais sagrada de todas

as ocupações humanas, a prática do verdadeiro sistema de medicina. O médico que entra em seu trabalho neste espírito torna-se diretamente incorporado ao Divino Criador do mundo, cujas criaturas humanas ele ajuda a preservar e cuja aprovação rende-lhe altas bênçãos.

Casos clínicos

Quanto à duração do acompanhamento no Hospital X, pode-se informar o seguinte:

A paciente denominada caso clínico 1 foi acompanhada pelo autor em duas internações, totalizando 45 dias.

O caso clínico 2, em três internações: somando 70 dias.

O caso 3, numa internação, permanecendo 25 dias.

A doente do caso 5, por um período de 20 (vinte) dias.

O caso 6, internado duas vezes, cerca de 5 meses.

A paciente do caso 7, durante 12 dias.

O caso 4, acompanhamento em ambulatório, pelo período de 7 meses.

Os diagnósticos clínicos encontram-se ao final da primeira consulta de cada caso.

Observe-se que a paciente número 7 foi medicada enquanto tomava sua refeição no restaurante do Hospital. Embora alguns autores mantenham recomendações tradicionais sobre horário e outros cuidados relacionados à ingestão do remédio homeopático (ROSENBAUM, 2005), é muito provável que sejam desnecessários no que se refere à dose diluída, pois se trata, em tese, de um *concentrado energético*, e o seu efeito não sofrerá influência de horário, alimentos e bebidas. Resta pesquisar se temperaturas extremas causam alguma deterioração.

Na leitura do caso clínico, os dados relacionados com as leis de cura estão em itálico. E o sinal “@T” geralmente é seguido pelo nome do medicamento ou conduta. Algumas informações foram omitidas ou alteradas de modo a impedir a identificação dos pacientes, cuja história aqui se resume, sem prejuízo para o estudo homeopático.

Caso clínico um

A. T. A.O., sexo feminino, vinte e três anos — internada no Hospital X.

Dia zero

Deprimida. Sem vontade viver. Chorando. Achando que ninguém gosta de mim, ninguém se preocupa comigo. Quero me afastar das pessoas; sou muito ligada à avó, mas ela me critica muito pesado.

Ansiedade. Ingeri 14 comprimidos (sic). Desmaiei e fui para CTI.

Muita pena de mim mesma. Não consigo fazer nada, sou incompetente; eu não presto, tudo que faço não dá certo.

Desisto muito fácil das coisas; pessimista; muito dura comigo mesma.

Amorosa; dócil; gosto das pessoas.

Começo curso e paro; ex: cursinho; inglês; curso de prótese odontológica.

Morrer é a melhor solução.

Ultimamente muito medo da morte; de morrer na miséria; ficar velha e não ter ninguém para cuidar de mim.

Preciso me sentir amada e não me sinto; não gosto de mim. Não me acho bonita.

Revolta pela família ser desunida.

Quando vou para o hospital é bom porque chamo atenção.

ID: Depressão. Ideação suicida. Ansiedade.

@T *Aurum metallicum* 20LM — 10 microglóbulos de uma vez.

34 dias depois

(paciente teve alta pouco depois do Aurum, aparentemente melhor).

Deprimida e sem iniciativa para nada. Revoltada com o hospital. Chorando o tempo todo. Decidi por livre e espontânea vontade voltar para cá: continuar minha vida, ter planos, sonhos. Sem uma carreira psiquiátrica.

Querendo tomar eletrochoque para melhorar mesmo!

Antes: era muito mais independente; tinha turma de amigos, sabia me impor.

Queria alguém para um abraço; coisas fraternais — nada de sexo. Devia haver mais proximidade, amizade mesmo.

Pensando em fazer o curso de Enfermagem aqui. Acho que eu me daria bem.

Dramatizo: falo para meu irmão dizer para mãe que estou chorando e ela vem e me consola.

Propus para um paciente para ser a irmã mais nova dele — tenho muito carinho para dar. Parece que não me querem; me sinto rejeitada, preterida.

Sonho: sendo enterrada viva. Sensação de sufocamento.

@T *Natrum carbonicum* 30LM — 10 microglóbulos de uma vez.

4 dias depois

Querendo trabalhar aqui; fazer curso de Enfermagem para trabalhar aqui; é uma perspectiva — para quem tinha nenhuma!

Também fazer um regime quando sair daqui.

Saudade de casa.

Sem sensação de vazio, de ociosidade — não tenho sentido aqui.

Achar que estou bem é uma grande novidade: nos últimos 4anos! Rir com vontade também é bom. Desligar de vínculos de família, e de amigos externos também é bom. Conhecer outro mundo — e que quero fazer parte ajudando, sem ser mais uma louca.

Continuo carente. *Mas estou dando menos importância; vou levando as coisas para não entrar em depressão de novo. Sabendo mais me defender contra mim mesma.*

Agora eu realmente melhorei. *Sinto que alguma coisa dentro de mim está mudando e não sei o que é. Alguma coisa está evoluindo, até que enfim!*

Imp: Boa Resposta.

@T observar.

Caso clínico dois

G. D., sexo feminino, trinta e quatro anos — Hospital X.

Dia zero — (Segundo Dr. J., psiquiatra, a paciente iniciou curso de medicina e parou. Tem feito quadro maniatiformes, dava aula para analfabetos. Ansiedade. Insônia).

Esta consulta não está transcrita. Foi medicada com Nux moschata 20LM em dose única

Doze dias depois — erupção facial discreta que durou uma semana; melhora de polaciúria não referida na primeira consulta, conservando o quadro mental quase inalterado.

Vinte dias depois — Segunda internação.

Inquieta; desnorteada; perdi noção de tempo. Parece que eu devia estar em outro lugar; em casa. Não estou bem aqui.

Mas chego lá fora e quero controlar o que passa na TV, o comportamento de minhas filhas. Tudo tem que se enquadrar num padrão que eu determinei.

Eu que pedi para ser internada. No fim, não controlo nada. Filhas continuam brigando, a TV passa o que quer. As meninas têm 3, 5 e 12 anos de idade. Estou perdendo o ritmo de educá-las. Pai não para em casa — sobra tudo para cima de mim.

Se perco o controle, grito ou esbravejo, fico com raiva de mim mesma. — *Me dá um remédio logo!* (Levanta-se e senta-se diversas vezes).

Levo bem a função de esposa e mãe; também de ser filha dos meus pais. Era a mais inteligente da sala; precisavam de mim; era fácil ter o controle.

ID: distúrbio de humor.

@T *Gelsemium* 30LM — 10 microglóbulos de uma vez.

Dia seguinte — mais tranquila e dormindo melhor; antes me deitava e me levantava frequentemente. Agora deito e fico quieta.

Dia seguinte — Paciente implora ajuda.

Diz que gostaria de ter o espírito e o corpo no mesmo lugar para fazer as coisas mais bem feitas. Mas enquanto o corpo está aqui, a mente já está em outro lugar!

@T *Baptisia* 20LM — 10 microglóbulos de uma vez.

Dia seguinte — Iniciou ECT (eletrochoque terapia). Hoje mais calma; não ficava quieta, não dava sossego para o meu próprio corpo.

Não estou sentindo necessidade de coisas para fazer.

Me sentindo mais brincalhona — mais animada um pouco.

Dezoito dias depois — Terceira internação.

(Diz que estou com aura azul).

Separada do marido há 5 meses, sob o mesmo teto. Ele não é moderno para isto!

Vou embora para casa hoje. (sic)

@T *Baptisia* 20LM — repetir dose única (DU).

Dia seguinte

Nunca estive tão bem na minha vida.

Eu também consigo digitar enquanto olho para algo.

Foram os melhores dias da minha vida. Porque aceitei o Espiritismo.

Sempre falei muito em religião católica — posso continuar gostando de santos.

Me separei do segundo marido. Saio a hora que quero, sem me preocupar com filhas.

Passamos 3 dias num sítio; foi uma benção. Meu ex-marido deu crise de ciúme; me viu com namorado; me espancou. Não pude reagir; estava fraca; tinha parado de comer e beber. Estou há 5 meses sem transar — estou quase virando virgem, santa.

Dei a filha mais velha para o pai dela, e as mais novas para o meu ex-marido. (após última internação).

Pretendo voltar a estudar. Fazer faculdade.

@T observar.

Oito dias depois

Tudo bem — estável.

(Levanta-se e senta-se repetidamente).

Não sei por onde começar... : a relatar; o porquê da inquietação.

Impressão: paciente recaindo.

@T *Baptisia* 30LM — 10 microglóbulos de uma vez.

Cinco dias depois

Hoje não estou agitada.

Estou bem; me sentindo mais centrada. Mais atenta às coisas que tenho de estar mesmo. É difícil por falta de hábito; de ver a si mesmo; se descrever. A gente está muito acostumada a dar referencial a partir de outra pessoa. Você sabe que está bem porque vê outro pior.

Tem coisas que só vou viver depois que sair daqui; então tenho que me centrar e viver mais o dia a dia. E deixar o futuro para depois que eu sair do hospital.

Estou precisando de tempo para cuidar de mim mesma. Como cuidar de mim mesma, cuidando de três filhas?

Passar mais tempo comigo mesma; viver mais o meu próprio dia; cuidar mais das coisas minhas, desde higiene, até das coisas que eu vou fazer, comer. Procurar emprego para ganhar salário melhor...

Conduta: observar.

Caso clínico três

R. M. R., sexo masculino, idade 35anos — Hospital X.

Dia zero — Informante: estagiária de psicologia do Hospital. Internado há 5dias.

Depressão. Ideação suicida — ele atribui ao seu trabalho. Foram muitas atrocidades e violência no seu serviço. Passou a beber, porque lá todo mundo bebe. Ameaçou se atirar na frente do primeiro ônibus que passasse.

Levou filhos para passear no cemitério durante licença hospitalar. Diz que é um lugar legal, bonito.

Na sessão com a informante, o paciente fez um desenho com uma linha vertical dividindo-o em duas metades, nas quais espalhou as seguintes frases: “mão do chefe pode esmagar; a mão de Deus pode ajudá-lo a sair disto. Mundo cruel e violento. Ele sabe amar, trabalhar e viver. Espinhos da vida. Imperadores cruéis. Amar e viver feliz com sua família. Incompreendido pelos imperadores; se considera um farrapo. Fundo de poço. Ele é uma ferida no agrupamento. Dor bate no coração machucado deste homem. Já foi trabalhador e caridoso. Muitos acontecimentos passados jorrariam sangue. Ele é homem menor que um grão de areia”.

ID: distúrbio de humor? Transtorno de personalidade?

@T *Anacardium orientale* 40LM — dose única

Três dias depois

Pensando em dar um rumo novo na vida. Já consigo ler mais tempo sem parar.

Só uma dose — é efeito psicológico?

= rumo: controlar gastos; eu até já tinha passado cartão de crédito para a minha esposa.

Mais humorado; mais aberto para conversar. Um pouco mais de sono durante o dia. Conseguindo ler mais. Acordando menos à noite. Usava 2 neozine e 2 dormonid, e ainda acordava muito à noite.

Esta semana que estou conscientizando que preciso de tratamento; que preciso mudar, me ajudar! Que vou sair para ficar com minha família e não para beber; pensando até em ir ao clube com eles, o que não faço há muito tempo — já liguei para minha esposa e falei para ela pôr a mensalidade do clube em dia porque está atrasada.

Sete dias depois

Melhorei sexualmente; antes demorava a ejacular; começava a ter relação com a esposa no sábado mas só conseguia ejacular no domingo [durante licença hospitalar].

Tive aversão à cerveja no fim de semana: ficou embrulhando o estômago. Depois eu tive uma evacuação diarreica.

Melhorei dos pesadelos. Sonhava muito que queriam me matar e meu revólver não atirava. Tive um sonho com bastante dinheiro; fartura! E assando porco...

Meu humor melhorou. Ligo para casa e não fico mais nervoso. Antes eu pedia para ela não me contar os problemas, exemplo: financeiros — eu ficava arrasado.

Tenho que ter força para encarar a realidade no trabalho...

Sete dias depois

Tive relação sexual como se não tomasse remédios psiquiátricos.

Tive ansiedade e a pressão subiu. 14x10. Há 2 dias. Melhorou em uma hora. É raro — uma vez já foi a 21x13; achei que ia morrer. (Retorno de sintomas?)

Queria sair do emprego, ser aposentado. Lá que passei a beber.

Estou mais comunicativo: antes estava mais calado.

Talvez eu tenha alta daqui a dez dias: se eu retornar para o emprego, volto para cá dentro de uma semana. Porque ficam me chamando de doido. Fico deprimido.

@T Repetir Anac 40LM — dose única.

Caso clínico quatro

B.D.C., 52 anos, sexo masculino. Ambulatório.

Data zero

Queda completa e rápida dos cabelos há cerca de cinco anos. Fiz vários tratamentos sem nenhuma melhora.

Bebida; compulsão para sexo.

Usei drogas fortes, muito tempo; bolas; pico; há dez anos. Fiquei oito anos sem usar. Há três anos comecei a me entediar.

Passei para outro extremo. Achava que meus amigos eram demônios; medo constante de cair na lama de novo.

Depois decidi fazer um teste e voltar a beber socialmente. Meio termo. Durante um ano, OK. Depois, maconha; depois, “cheirar” ocasionalmente. Passei a beber demais — há um ano e meio; perdendo a consciência; tirei roupa em festa; pegando nas alunas da minha mulher; sem lembrar o que tinha acontecido.

Por que não consigo parar de beber quando começo a ficar alto?!

Vinte anos de casado. Masturbação há vinte e cinco anos, para poder dormir, mesmo quando transo com a esposa; relação com esposa quase todos os dias. Me masturbo com fantasia de minha mulher com outro cara. Já estou tentando realizar isto. Fizemos troca de casal — depois a achei nojenta. Tenho muito ciúme dela. Me masturbo como se eu fosse mulher e os caras me desejassem.

Já tentei três relações homossexuais, mas não gostei, senti dor..

Minha crise principal foi há um ano. Me sinto muito inferiorizado no trabalho. Eu me senti rejeitado.

Vendo minha esposa bonita, e que estaria tendo relação com outros e comecei a enlouquecer.

Às vezes, vontade de acabar com a polícia; fazer revolução. Vontade pegar arma de um soldado e atirar nele.

Fiquei pior com remédio psiquiátrico. Mais doido do que já estava.

Medos incompreensíveis; de que não vou passar na prova do concurso.

Também não gosto da cor da minha pele. Acho-me moreno demais...

DG: transtorno de personalidade.

@T *Anacardium orientale* 20LM — 15 gotas.

Quatorze dias depois

Medo de perder o controle; não cumpro aquilo que me proponho.

Me sinto deprimido; menor. Medo de colocar minha opinião. Vai ser depreciada.

Já li muito livro de religião e ia bastante às igrejas e templos. Fui perdendo a fé; comecei a achar Deus injusto. Deus foi para outro planeta. Pessoas religiosas eram mesquinhas, hipócritas.

Medo da homeopatia me deixar sem a compulsão e ficar impotente — e aí perder a esposa e mulheres e ficar sozinho.

@T *Medorrhinum* 1000fc — 15 glóbulos DU.

Vinte e dois dias depois

Meio estagnado. Muita cocaína.

Fui para uma festa; paquerando mulheres... Sexo com prostituta, sem camisinha, como animal.

Vontade de brigar na festa. Vontade de dar um murro; mas quero me divertir.

Medo de passar doença para esposa; de não encontrar alguém que me ame assim.

Me sinto carregado — por algo mais forte do que eu.

Bebo para colocar este monstro para fora. Aí quero que ele seja civilizado.

@T *Cantharis* 1000FC — 15 glóbulos em DU.

Trinta e quatro dias depois

Há um mês não tenho bebido e nem consumido nenhuma droga. Foi uma modificação muito grande.

Durante 2-3 semanas não queria ter relação com a esposa. *Não deu vontade de beber na sexta-feira; sem aquela agonia de antes [medo e excitação para se divertir].*

Medo que o preço de não querer beber, seja ficar sem interesse sexual. *Raiva, nojo, ódio da esposa naqueles dias. Medo de perdê-la; de ficar sozinho; de ser rejeitado; e de não aguentar esta rejeição. Já tive vontade de matá-la ao imaginá-la com outro. Ainda me excita imaginar que ela está fazendo sexo com outro.*

Amigos chamaram a gente para sair. Fomos embora — mas uma vontade imensa de beber; de beber todas mesmo! Por que beber todas?

Depois que voltou a vontade beber, voltou apetite sexual; temos feito sexo até três vezes por dia.

Nunca me separei porque penso que iria me destruir — não tenho clareza...

Mais desinibido, falo com uma mulher que ela é bonita, mesmo sem beber. Tinha postura submissa no meu trabalho; fora era radical. Voltei a malhar. Eu tinha perdido e tomei de novo o controle de várias coisas... Mais força para controlar minha alimentação.

Mas talvez eu tenha que ficar sem beber. Não quero. Quero beber um pouco e me socializar e me desconstrair um pouco.

Não tem acontecido de não beber e daí ficar sem ideias.

@TCanthis 10M FC — 15 gotas DU.

Vinte e um dias depois

Depois de mais de um mês abstinência, resolvi fazer um teste e comecei a beber. Comprei cocaína no bar; cheirei; acabou e comprei mais.

Depois fiquei mais dois fins de semana sem beber; vi que tenho que ficar é muito tempo sem beber. Não são apenas seis ou sete semanas.

Depois do teatro, meu amigo tomou chope e eu refrigerante; foi super legal. Pensei em mentir para a esposa dizendo que tinha ido só ao teatro. Aí disse a verdade para ela — geralmente eu mentia.

A bebida me libera da angústia de perder a esposa. Aí a fantasia de vê-la com outro cara seria o outro extremo, sem sofrer com isto. Tenho descoberto coisas muito importantes. Eu não conseguia encaixar estas fantasias...

Nunca tive tão mal com a esposa como agora — relação só uma a duas vezes por semana.

Tenho pintado muito... A experiência sem a bebida tem sido muito boa. Comecei a me posicionar mais no trabalho.

A esposa mostra certo desdém com minhas conclusões e minha vontade de mudar.

Conduta: observação.

Trinta e quatro dias depois

Fomos à casa de uma colega de trabalho; me deu vontade de fumar maconha; o marido dela e a minha esposa também estavam a fim. *Me senti*

muito culpado. Estava agradável antes de fumar maconha — não tinha necessidade. Sei que a gente riu muito, mas antes a gente estava rindo também.

Muito desejo sexual. Fantasia homossexual; com vontade me travestir. Parou porque voltei a malhar. Procurei prostituta um dia.

Sem tesão pela esposa. Situação constrangedora. Já fiquei cinco anos sem beber e nossa vida sexual era muito ativa.

Tenho visto que preciso produzir coisas e não pensar só em sexo.

Fico pensando no ideal de morar sozinho. *Gostaria de ficar com esposa, mas não por medo de ficar sozinho.*

Ultimamente a esposa trouxe de volta a minha fantasia de ela ter relação com outro cara. Aí pode terminar o nosso relacionamento de forma ruim; que eu não aguente e acabe agredindo-a...

@T *Cantharis* 50M FC — 15 gotas DU.

Vinte e oito dias depois

Pensei que não ia conseguir passar no exame para... — soube que ia ter na última hora. Mas estudei até aos domingos e até na sexta-feira à noite. E foi bom. Passei!

Esposa decidiu viajar por dez dias. Pensei em ficar com mulheres. Depois desesperado da esposa viajar — porque ela ia transar com alguém. Mas disse apenas que ela não ia ter dinheiro para viajar no fim do ano. Ela viajou — no primeiro sábado, saí com ex-namorada; bebi bastante; fomos para o motel.

Saí com um travesti — transei com ele. A gente cheirou coca. Sexo anal e passivo também.

@T *Cantharis* 100M FC — 15 gotas DU.

Vinte e sete dias depois

Revolta contra Deus — por que Ele me fez doente? Por que não me ajuda? Será que ele quer que eu faça mal à minha família? Mas depois vi que eu sou responsável por meus atos.

Neste período, todas as vezes que bebi, cheirei coca.

Esposa saiu com amigos escondido de mim. *Aí decidi: vou beber!*

Fiz ameaça e ela aceitou parar.

Ela chegou tarde — vontade de bater nela.

@T *Cantharis* 200M FC — 15 gotas DU.

Trinta e dois depois

Brochando com mulher.

Perdi a vontade de parar com o álcool.

Ter relação com homem é o fim da picada. Aí, dane-se tudo; vou embora para outro lugar; vou virar mulher; me matar.

Enternecido com a esposa, quando ela dorme. Será que nunca senti atração sexual por ela?

Eu me travesti e saí com um travesti e com uma prostituta; gostei de ser penetrado. Depois: nojo, sujo! Já acordei com roupas de mulher e não me lembro onde fui.

Conduta: observar.

Vinte e oito dias depois

Esposa quis ir a uma festa, eu não queria, mas fui também. Bebemos e cheiramos.

A pior coisa é me sentir sozinho. Quando ela fala que vai fazer o programa dela, eu não consigo controlar a frustração. Muita atração por outras mulheres.

Dificuldade com o caminho do meio; de me centrar. Gostaria de atitude extrema também, quando necessário. Meu problema é perder o controle.

@T *Cantharis* 20LM — 15 gotas dose única.

Caso clínico cinco

L.A.M., sexo feminino, trinta e três anos — Hospital X.

Data zero

Agora conscientizei que estou doente. Achava que estava aqui para pregar a palavra de Deus; coisa de doido! Cheguei a ficar nua no hospital.

Fiquei desesperada para vir para cá — arranquei flores; tomei banho com roupas lá fora.

Depois, louca para ficar na Enfermaria com a Toquinho [Apelido de paciente portadora de retardo mental acentuado, baixa estatura, agressiva, internada no Hospital há vários anos e que fica constantemente nua]. Achava que Deus é que estava me mandando fazer isto. Tudo que falo não sou eu que planejo; as palavras vêm na minha cabeça. É Deus que me mandou tirar as roupas neste hospital? Pensei que eu era um bebê. Sem pudor e geralmente tenho muito. Então eu nasci de novo — aquele que está em Cristo nova criatura é — achei que tinha nascido de novo da água e do espírito.

Pensei que vinha aqui para amar as doentes; beijei a Toquinho; comi o cuspe dela; agora tenho nojo. Achei que poderia fazer um milagre; por isto a beijei na boca. Por amor. Loucura da minha cabeça.

Observo muita coisa em relação à etiqueta, em ser uma pessoa fina. Gosto de estar maquiada.

Foi errado eu me internar; devia ter visitado pessoas carentes, de amor, com vício de prostituição, de drogas — discriminadas! Tenho compaixão. Este mundo é tão lindo.

Falei com paciente que ela era tão linda por dentro. Você tem minha amizade, meu amor. Você gosta de mim, Terezinha? Aquela estrela no céu é sua — pode ficar com ela.

Sou divorciada. Quero casar de novo e reconstruir um lar perdido.

Se nós nos uníssemos pelos laços matrimoniais — seria coisa divina. Meu egoísmo é querer a felicidade para mim.

ID: distúrbio de humor, fase maníaca.

@T *Stramonium* 20 LM — 15 gotas DU.

Cinco dias depois

Chorosa; relata que fazia muito sexo e há 2 anos e 7 meses não tem relação.

Hoje me lembrando de muitas coisas e não sei o porquê.

Fiz troca de casais, quando com marido. Saía com gerente da Companhia (Cia) para conseguir crédito e o marido não se importava. Pensando por que o ex-marido não vem me visitar. Tive muitos namorados quando casada e depois. Um era maníaco sexual. Depois entrei para a igreja evangélica.

Dia seguinte

Chorando mais; aumentou a ansiedade. Só falo em ir embora. Tenho que aceitar as coisas como são. Não vou fugir daquilo que Deus quer para mim não.

Cinco dias depois

Achando que regredi na idade — ao conversar sobre coisas gostosas, pizzas etc., sensação de nunca ter comido estas coisas. Depois deitei e nem lembrei que tinha filhas; depois me lembrei delas e tive sensação que tinha acabado de ganhá-las. Depressiva. Penso que não vou ser amorosa com ninguém, mas não consigo.

Eu passei a vida toda sem meus pais. Eu era um bebê — que ficava numa creche talvez!

Vou me lembrar de mais alguma coisa? Agora estou me reencontrando comigo mesma. Aí busco as coisas puras — eu me amo; sei que há uma pureza dentro de mim; para eu amar o próximo mais ainda.

@T *Cantharis* 30LM — 10 microglóbulos de uma vez.

Três dias depois

Hoje eu vi que não aconteceu só coisa ruim comigo não. O culpado de tudo foi meu marido — ele arrumou dois filhos e casou com outra.

Recentemente tive vontade de abraçar, beijar, ter relação sexual. E achei bom — porque me reascendeu; vi que sou mulher.

Resolvi ter constância e sarar de vez — ter saúde e passear de novo.

Então, por que chorar se tiraram minhas coisas?! Se não posso montar um hospital, posso montar uma creche pequenininha. Não sou Deus para salvar o mundo, salvar as pessoas.

Vou manter constante esta alegria; o futuro a Deus pertence e o presente a mim mesmo. Cansei de culpar família pela minha infelicidade; eu mesmo vou buscar minha felicidade.

@T observar.

Cinco dias depois

Esqueci dos passados; mas não sei ainda porque tirei a roupa...

As coisas começaram a clarear para mim.

Hoje vi a Toquinho... eu amo ela com todos os seus defeitos.

Deixei coisas para trás — as coisas do ex-marido.

Saudade dos amigos.

Porque guardar as coisas ruins e esquecer as boas? Curada da choradeira.

Sou mais competente do que antes. Agora eu tenho a sabedoria de Deus.

Conduta: observar.

Caso clínico seis

J.F.N., sexo masculino, trinta e quatro anos — Hospital X.

Data zero

(É a segunda internação do paciente nos últimos 3 meses no Hospital. Doente crônico. Já foi submetido à cingulectomia devido conduta agressiva e comportamento antissocial. Teve abscesso cerebelar no pós-operatório).

Adoeci quando vi uma luz irradiante. Fumei maconha depois disto.

Eu estava de sentinela. Pedi colega para trocar a coronha. Mas o sargento viu.

Eu tinha feito “troca-troca” com meu irmão. Ele com 12-13anos; ele dedou lá; aí começaram a perseguição.

[Peço para dizer de novo] — dizer com lógica, né?!

Meu primo Q. Aí foi a deduração. Falou que eu era bicha.

Me pegaram para tortura no acampamento; marcha forçada; ficar várias horas de sentido, segurando a arma. Tinha 16 anos.

Meu tio M. me apareceu em espírito — iluminado. Ele me disse que eu sou o Marcelo Monte Sagrado. Foi aquele que tirou Jesus da cruz.

Dr. S. me deu choque muitos anos.

Sempre fui afável; legal com todo mundo. Gente fina. Bondoso, carinhoso. Conheci mulher na zona. Antes vi uma luz muito bonita — me impedindo de ir; com 17anos peguei gonorreia.

Depois duas pessoas me deram LSD, perseguição.

Sou Marcus Vinicius do Quo Vadis — quando vejo o filme me arrepio todo.

Já me vi entrando no Senado Romano — como Flamínio Severus. Agora sou só J. F. — não fico dividido nas minhas reencarnações não.

Vi a aura da F. — azul e dourada. Muito bonita. Não senti tesão.

Minha última reencarnação foi como Gandhi.

Mãe me deu sete sinfonias do Beethoven — sou ou não ele?

Estou precisando agora é de um purgante.

Não posso transar com minha alma gêmea. Vi a luz branca de Jesus envolvendo a Terra. Medo da A., minha prima. De nascer filho Down.

Sou rosa cruz; iniciado; já muito elevado.

ID: esquizofrenia. Sequela de cingulectomia e abscesso cerebral.
@T *Anhalonium* 200FC — 10 glóbulos de uma vez.

Cinco dias depois — C/ familiares: pai, mãe, irmão.

Até os dezoito anos sem problema mental.

Fez um terceiro ano apático — passou no vestibular de direito e desistiu da carreira militar. Aí teve a primeira grande crise. Dizia *matei o meu pai*. Toda a crise ele se refere ao primo Q. Geralmente parava no meio do ano na faculdade.

Veio a dispensa da Faculdade, o sucesso dos irmãos. Já tentou suicídio — depois piorou muito. Inicialmente ele ataca a mãe; diz que eu sou Jocasta. Que não se casou por isto.

Teve apendicite há dois anos. Antes da cirurgia.

Medo de fracassar — quando inicia qualquer atividade manual ou intelectual.

Na crise, tira a roupa na rua para mostrar que é homem.

Quer ser alguém que viveu perto de Cristo — Paulo; mas Estevão não.

Não ia a uma festa, se a melhor roupa não fosse a dele. Um livro era só dele.

Qualquer pessoa que faz sucesso, ele fica mal.

Primeira crise: queria namorar com a prima mais bonitinha. Passava trote, xingava-a por telefone. Quando ela recusou namoro, ele perdeu o exército, e parou de frequentar faculdade.

Família paterna tem diversos casos de EQZ (esquizofrenia).

Há quase 2 anos não fala nada com nexo.

C/ paciente na enfermaria:

Eu sou de outro planeta e vem uma nave para me ajudar. Aos três anos, escorreguei numa casca de banana e vi que minha alma gêmea tinha morrido.

@T *Palladium* 20LM — 10 microglóbulos de uma vez.

Um dia depois

Aquele negócio de ser ET e de nave não tem nada a ver não.

Talvez eu seja reencarnação do Stewart (que começou junto com os Beatles), mas não tenho certeza não.

Impressão: redução no delírio de grandeza (?).

Sete dias depois

Diz que melhorou muito com o último medicamento: *mais espontâneo, mais amigo*. Não quero ser interditado.

Antes de dormir à noite, falo e uma voz faz eco para mim; digo em voz alta e me respondem em pensamento: coisas agradáveis — aquilo que eu gostaria de ouvir.

Tive uma visão de Getúlio Vargas e a voz me disse que eu era o próprio.

@T Repetir *Palladium* 20LM — DU. Providenciar 30LM.

Quatro dias depois

Estou ótimo. *As noites e os dias estão sendo mais longos — há muito tempo não era assim. Eu achava que não era possível voltar ao normal. Hoje perguntei para Dr. J. sobre a cirurgia. Mas o estafilococo foi depois da cirurgia.* Mamãe também gostou do tratamento do Senhor. *Voltei ao normal. Praticamente nem parece que tomo o remédio.* O carbolítio também me ajudou. O amplitil é para minha ansiedade.

A ansiedade passou. *Tenho vontade voltar aos estudos; eu leio muito. Um arquétipo de intelectual. Quero ser mais expansivo. Mas safado também.*

Em 83, na vinda do Presidente Figueiredo, achei que o Q. tinha ganhado medalha e me sacaneado; hoje acho besteira. Quero casar! — ter uma vida sossegada. Mas porque procuro as meninas mais jovens?

Dois dias depois

Dr J.— (psiquiatra): paciente está mais estruturado. Tinha muito afrouxamento associativo. Medicação psiquiátrica nunca fez efeito nele. Seis comprimidos de 100mg de Amplitil por dia não alterava em nada. Está mais sociável, inclusive com a família.

Seis dias depois

Não sou Beethoven, sou Camilo Flamarion.

A P. é virgem. Me espera no ponto de ônibus todos os dias. Gosto mais dela do que da L.; mas ela é mais pobre. Para chegar na L. eu precisaria de muito dinheiro.

Certeza que não sou D. Pedro I — não gosto do Brasil; nunca reencarnei no Brasil.

Não me considero ET, mas faço contato com eles; são bonitos.

Imp: recaído.

@T *Palladium* 30LM — 12 microglóbulos de uma vez.

Dez dias depois

Tratei mal o Dr J contra a minha vontade.

Falei com L. por telepatia. Emmanuel e Joana de Ângelis são meus mentores. Falei brincando com o Chico Xavier que ele está fazendo unhas do Divaldo — são meus ídolos. Papa também. Um dia vou estar no topo; médium ou presidente — mas desviaram meu destino. [Emmanuel e Joana de Ângelis são entidades que psicografam através dos médiuns espíritas Chico Xavier e Divaldo Franco, respectivamente].

Q. foi o Nero.

Quatro dias depois

Sonhei que o Papa estava me abençoando na Palestina. Acordei com pensamento de Jesus — abençoando também — ele apontou para mim — seu lugar é aí na terra.

Senti o apedrejamento de Estevão.

Tenho que recomeçar a vida — na música talvez; estou bolando música de boiadeiro. Vou entrar num Festival.

Dois dias depois

Fala que quer morar sozinho; estudar musica; namorar.

Diz que mãe é possessiva e dominadora; que pai ficou submisso. Mãe não o incentiva — fica comparando-o com os irmãos. Diz que tem ouvido muito bom; que é o Beethoven.

Imp: lidando mais com coisas reais do que imaginárias; delírio fugaz.

Cinco dias depois

J.F.N. me procura espontaneamente e relata que *tem se lembrado de coisas que haviam se apagado de sua memória*. Diz que se recordou da cena em que pegou em flagrante o primo Q. estuprando a prima A. de quem o paciente gostava e que foi muito ruim ter visto aquela cena. Mostra-se excitado e ao mesmo tempo, impressionado pela possibilidade de resgatar essas vivências. Acrescenta que brigou com o primo, mas se contradiz, falando que saiu e deixou-os onde estavam.

Conduta: marcamos entrevista para o dia seguinte.

Dia seguinte

Melhorei demais. Fiz prece linda ontem. Me senti energizado.

Mãe domina demais a gente. Irmãos namoram mulheres mais velhas. Eu tinha 15 anos e ela me mostrou as pernas — eu fugi; não aceito o domínio dela.

Muito carinho pela A. — como irmã. Elogio ela — que está bonita. A gente brincava de Vanderléa e Roberto Carlos; de Perdidos no espaço. Ela não arrumou nenhum namorado! *O Q. tentou estuprá-la; ou foi beijá-la?!* [paciente muito excitado e um pouco emocionado].

Falo mal dele por detrás. Na frente não. Trato ele bem. Um dia tentei jogar uma pedra na cabeça dele; depois pedi desculpa. Ele me tratou bem; meu amigo; amicíssimo! Tão inteligente quanto eu. Tenho que perdoar tudo — *quem não gosta do beijo de uma menina bonita?*

Impressão: retorna ao passado, afloram sensações muito importantes, mas não consegue processá-las satisfatoriamente.

Seis dias depois

Ontem tive que tomar Haldol decanoato.

Fico pensando se a minha saída é a mediunidade. Gosto de assistir palestras, ir à igreja, mas ser autônomo — não ficar preso atrás de uma mesa. Sou muito inteligente, desculpe eu dizer. Como o John — quero ser músico e filósofo.

Melhorei muito; estou fixando atenção; presto atenção em tudo. Não consigo ler ainda. Conseguindo acompanhar filmes com legenda.

= as vezes ficaram longe, apagadas, quase não percebo.

= sempre pensei que fui Gandhi. Mas não sou não; gosto de falar porque me satisfaz; me espelho nele. Quem sou eu para ser Gandhi? Não sou Getúlio. Sou um cara que vou ser político no futuro. Com 45-50anos. Se vou ser presidente, governador, isto não sei.

@T Palladium 40 LM.

Seis dias depois

Estou precisando de mais medicamento.

Já me vi em vestes espartanas aqui. Não sou Leônidas. Chego a arriscar que sou Tomás Antônio Gonzaga. Penso se sou Gengis Khan ou não — alguém tem que esclarecer. *Não quero ser um cara esquizofrênico — preciso de remédio que descanse a mente. Para depois eu disseminar a minha mente — é difícil saber que sou um líder e freio minha liderança.*

Apaixonado pela prima; muito bonita; ela se absteve de sexo; o Q. deu (?) nela; dei soco nele. Gostaria de ver se ela ainda gosta de mim. *Tentei esquecê-la. É linda! Quando penso nela me dá dor no peito.*

Seis dias depois

Relata convulsão — sic. Segundo Enfermagem, paciente dançou antes.

Diz que teve uma visão que dizia — “Herodes, comporte-se no serviço público.”

Dois dias depois

Acho que vou desencarnar. (fala baixo). John Lennon me disse que me buscava no Natal de um próximo ano. Minha cabeça está tomada. Pus? Abscesso?

Cansado de ser apedrejado.

Oito dias depois

Teve crise de agressividade no período e socou vidraça — porque quer ir embora.

Sensação de ser imperador romano, com os louros na cabeça e a pulseira no braço.

Fala que foi Alvarenga Peixoto — mas vai deixar o passado para trás.

@T Palladium 50 MFC — 10 microglóbulos de uma vez.

Impressão — quando foi hospitalizado, o psiquiatra previu que ele estava evoluindo para internação de longa duração. Penso que o tratamento homeopático mudou o prognóstico e ele reivindica sua alta, com razão, porém agressivamente.

Seis dias depois

Dr. J (que acompanha o caso há vários anos): *há muito tempo não via o paciente tão bem como ultimamente. Hoje é o melhor ponto dele desde o início.*

Caso clínico sete

A.P., sexo feminino, vinte e um anos — Hospital X.

Data zero — Informantes: Tia, Tio-avô, prima.

Iniciou tratamento há 3anos. Fica muito nervosa, agressiva — inicialmente fica dura e sem conversar. Dificuldade de sair do ônibus. Queria saltar diante de um carro. Gostava de olhar a estátua de Tiradentes.

Melhorou durante gestação.

Doença provavelmente desencadeada por estupro.

Desde o bisavô a doença mental se repete na família. Suicídios também.

Moléstia atual iniciou há mais de 2 meses.

Quando filha com 14 dias, paciente ficou muito alheia. Quando teve a nenê, chorava demais. Foi noiva, mas não deu certo; pai do nenê fez quebradeira em casa durante o resguardo.

Sempre foi quieta, lenta, carinhosa. Às vezes agressiva; ou dia todo calada. Correndo despida, dizendo que ia morrer. Ela foge mesmo!

Não aprendeu a ir sozinha para o Hospital dia.

Pode ser enganada com uma bala.

Filha de pai desconhecido; mãe trata paciente muito diferente das outras filhas.

Antes da crise: sempre foi revoltada; xingava a mãe: cachorra! Etc.

Lenta para aprender na escola.

Cuspindo muito — diz que tomou veneno de cobra com escorpião.

Ultimamente falando em suicídio; que ninguém gosta dela; dá o nenê e toma de volta; diz que é uma gata; diz o Salmo 91 corretamente.

Apegou-se à professora; levava presente demais para ela.

Queria comprar roupas e relógio para dar para amigos; avô foi contra e aí jogou faca nele. Disse para tia em segredo, que o Carrefour era dela (da tia). Diz que seu anel vale uma fortuna; seus brincos, seus dentes; sua bolsa tem ouro em pó.

ID: RDPM (retardo desenvolvimento psicomotor) + Psicose puerperal.

@T *Phosphorus* 120CH — 10 glóbulos DU.

Sete dias depois

Estou grávida de um tio meu. Preciso tomar gotinhas — Procola, Orá — é calmante: para sair daqui; me sinto prisioneira.

Vou ganhar nenê hoje.

Sabe quem eu sou? Sou Jesus. Ele morreu para nos salvar; quem não o aceitar, vai morrer na cruz — no bairro Pilar. Quando sair daqui é só você me seguir..

Eu te perdoo de você ter me dado este remédio — veneno de matar barata. Você é meu pai.

Às vezes, acordo de susto — sonho ruim: com M.; ela vestida... muito bonita.

Meu avô que arruma namorado para mim — são gente boa.
Fui dar caneta de ouro de presente para a M. Porque eu gosto muito dela.
Estou independente; precisando de carinho, amor, afeto. Grávida — meu filho é muito guloso; tem que ter mais educação. Vou corrigir ele quando nascer — com carinho e com amor.

Pega seu carro lá na FIAT. A FIAT é minha...

Minha filha é muito bonitinha. Se chama D.V.A. — estou com saudade dela. Faz pirracinha de vez em quando — ainda não dei nenhum tapinha nela.

Policial vai prender pessoas que mexem comigo.

@T *Palladium* 20LM — 10 microglóbulos DU. (estava almoçando no refeitório e dei-lhe a dose no intervalo entre uma garfada e outra)

Dia seguinte (sexta-feira)

Encontrei A.P. no corredor da enfermaria casualmente. Disse estar se sentindo muito melhor. Observei diferença no olhar dela: mais brilhante e menos vago; refere-se à filha e aos familiares com coerência.

Três dias depois (segunda-feira)

Visões de rapazes fazendo sexo comigo. Não trouxe o voto do Livramento — sou evangélica.

Sentindo melhor. Fazendo caminhada no pátio. Aprendendo a colocar coluna no lugar. “Oraste Blocorus” — significa um calmante.

Estou impregnada! — braços ficam duros, dormentes.

Eu tenho uma filha! Inclusive... o pai dela é separado de mim. Estou pedindo ao bom Deus para ele voltar para mim.

Dei bola para um rapaz, mas gosto é do pai do meu filho.

Me engravidei durante o namoro; fui morar com ele. Depois que filha nasceu, denunciei ele. Ele estava mexendo com Thiner. (Emocionada).

Eu falava para ele parar, se não eu ia terminar com ele. Fez quebra-deira em casa e aí denunciei ele. Não vi ele mais.

Depois da cesárea, adoeci — fiquei doente, com cabeça perturbada — até roupa eu tirei no meio da rua — coisa que nunca fiz! Não quero fazer isto nunca mais na minha vida!

Conduta: observar.

O HOMEOPATA COMO FATOR TERAPÊUTICO

Embora o homeopata tenha um conhecimento privilegiado sobre a relação entre psiquismo e doença, não se vê muito interesse por parte desse profissional no sentido de valorizar a sua própria intervenção e transformá-la em componente terapêutico. Talvez isso seja devido à superestima que se imputa ao medicamento, supondo-o capaz de curar qualquer distúrbio, quando bem indicado para o caso. Tal postura despreza a chance de complementar o efeito do remédio, ajudando o paciente a fazer escolhas adequadas à sua paz, conseqüentemente, à sua saúde. Todavia, o médico pode se tornar fator coadjuvante no tratamento.

Dentre os aspectos que se deve ficar atento, sobressaem a rebeldia diante de fenômenos inevitáveis e as decisões do sujeito em desacordo com a própria consciência. Recentemente, uma paciente apresentou melhora significativa de uma enxaqueca que a incomodava por décadas, de par com uma redução evidente na ansiedade e alívio de outros sintomas. Ao se referir ao seu novo estado, comentou distraidamente que agora se sentia mais forte para lutar contra a velhice. Constitui anseio natural e compreensível, expressado por muitas pessoas. Mas, a partir de que ponto deixa de ser um esforço racional, tornando-se uma luta desesperada e frustrante?! Existem situações infalíveis, às quais se deve curvar, senão com alegria, pelo menos com resignação. A velhice, para os que vivem mais tempo, e a morte, para todos, exemplificam experiências que o bom senso recomenda anuir.

As mudanças carregadas por outras pessoas e impostas ao paciente, às vezes injustamente, obrigando-o a sacrifícios heroicos de adaptação, representam grandes desafios para a sobrevivência saudável. Os indivíduos que estacionam nas perdas, cultuando os que partiram, voluntariamente ou não; que se amofinam de forma reiterada, por circunstâncias cotidianas; que se encasulam na saudade dos dias felizes que se foram e, enfim, todos aqueles que, por muitas diferentes razões, não se sentem vivendo em plenitude aqui e agora, retidos no passado, em lamúria incessante — silenciosa ou ostensiva — demonstram revolta quanto à aceitação do destino, camuflando-se, às vezes, sob a aparência de ovelhas submissas, religiosas ou não, e que no fundo, não se dobram à Vida, recusando-se ao exercício da humildade. Para o sábio taoísta, o rio não é oprimido pelas suas margens, mas adapta-se a elas para alcançar sua meta final: o desaguar na imensidão.

Na outra face, têm-se os que sacam do futuro, extraindo-lhe o que ainda não está pronto. Equivale também a um modo de não se ajustar ao presente com toda a pujança possível. As atitudes mais comuns desse grupo respondem pelo cognome de pressa, ansiedade e preocupação. Sob as mais distintas justificativas, o sujeito desloca-se na dimensão temporal, constantemente aflito, angustiado, tenso. Mas, o dia de amanhã cuidará de si mesmo, segundo a máxima evangélica.

O ser humano carece de se centrar em si mesmo e em relação ao tempo. É preciso viver o eterno presente com abundância, com a consciência atenta, plena de suas potencialidades. Amortalhar-se em vida não traz de volta os amados que partiram. Afoitar-se por adquirir as habilidades e benefícios que pertencem ao futuro significa apropriação indébita, a qual será seguida de inexorável reparação.

Cabe ressaltar que nem todo regresso no tempo exprime nostalgia. Ultimamente, muita gente empenha-se na manutenção de hábitos juvenis, acreditando que a *eterna juventude* denote, por si só, evidência absolutamente favorável. A mídia contribui para a fantasia de que *alto astral* seja algo sempre positivo, levando os seus adeptos a não entrar em contato com suas próprias frustrações, numa insaciável voracidade por emoções novas e intensas. Os sentimentos passaram a ser objeto de consumo e não experiências do viver individual.

Desse modo, o homeopata pode refletir com o paciente acerca de suas posturas equivocadas, em qualquer desses exemplos citados, auxiliando-o a tomar consciência de si mesmo. Não estar disponível para a experiência atual, com atenção e afeto plenos, indica um estado de contração ou de dispersão, ambas patológicas. É recomendável sofrer o dia de hoje com suas dores e esperanças, lacunas e alegrias, amadurecendo-se através dessa luta. É justo expor-se à vivência daquilo que se anseia — desde que lícito e conveniente — ou submeter-se a certas imposições do meio, e, por outro lado, decretar o fim de alguma injunção quando se satura ou ao pressentir que as próprias forças tendem ao supremo desgaste. Ninguém deve se sentir constrangido a dar a um relacionamento ou a determinada conjuntura além do que lhe é possível, a não ser que seja fruto de um aprendizado e de um crescimento pessoal. Nenhum objetivo há de estar acima da própria sobrevivência psicológica, pois não se deve amar ao outro ou a algo externo mais do que a si mesmo. Portanto, impor limites aos outros, às circunstâncias e aos próprios sentimentos e objetivos pessoais traduz excelente princípio de sabedoria e de equilíbrio. A exceção, muito rara, acontece no indivíduo que personifica sublimes ideais, conduzido ao martírio público ou reservado, mas cujo holocausto atende à sua vocação sincera e livre.

Após o enfoque temporal, que se diversifica bastante conforme as peculiaridades de cada caso, deve-se observar com cuidado qualquer referência que o paciente faça no tocante às suas escolhas profundas. É imprescindível avaliar se elas se conciliam ou não com os ditames que brotam de sua própria consciência. Havendo qualquer indício de conflito, cabe avisá-lo da possível

gravidade deste sintoma, alertando-o que infringir os preceitos morais que se anunciam com espontaneidade na mente e no coração, caracteriza risco enorme para a saúde, nos aspectos mais básicos.

Dar vazão ao que se deseja, quando ilícito ou se acarreta prejuízo para quem quer que seja, merece cautela redobrada. A atualidade permite estilos de vida muito variados, impensáveis até pouco tempo atrás. O relacionamento afetivo tornou-se campo de experimentação de novidades e muitas pessoas precipitam-se na satisfação de suas carências. Mas, convém ter cuidado com algumas escolhas. A sociedade alcançou louvável tolerância ante os novos costumes e valores. No entanto, alguns indivíduos saem muito machucados dos fracassos de tais relações; outros se veem enredados em situações esdrúxulas e duradouras em que o parceiro não assume nenhum vínculo, mantendo-se avesso a qualquer compromisso. A triangulação amorosa, voluntária ou a contragosto, geralmente se desdobra com sofrimento, mágoa e mortificação. A criatura, em geral, sabe dos riscos, mas a atração prevalece e, uma vez instalado o antagonismo entre o querer e o possível, entre o afeto e a realidade, é necessária muita determinação para encerrar o processo e recomeçar a vida. Não se segue adiante na reconquista da harmonia interior, caso não se sepultem os sonhos e as promessas descumpridas.

Cada enfermo necessita de interesse e compreensão por parte do profissional para que possa revelar o seu drama e, ao mesmo tempo, de apoio para se desfazer das fortes amarras que o aprisionam ao outro. Um relacionamento afetivo que não atende as necessidades existenciais do sujeito por causa de embaraços do parceiro — sejam compromissos anteriores, sejam inibições — deve ser denunciado com vigor, pois se trata de uma condição potencialmente doentia. Se a pessoa demonstra grande tendência a se manter no relacionamento incompatível, importa adverti-la com discrição e tato quanto aos prováveis danos, porém, com absoluto respeito por sua escolha.

A amostra de situações desfavoráveis descrita acima é muito reduzida perante a enorme quantidade de variações possíveis. Existe grande probabilidade de que todo o ser humano vivencie, um tanto mais um tanto menos, algum problema no nível psicoafetivo. Muitas vezes, a função do homeopata se restringe a chamar sua atenção para a influência profunda do sentimento ou sensação que ele carrega inconscientemente.

Na imensa maioria das ocasiões, deve-se recorrer a técnicas simples para abordar tais assuntos. Aparentemente, a mais útil e menos invasiva é formular alguma pergunta em torno do tema, questionando, por exemplo, qual o significado de determinada postura ou decisão. Acredita-se que ninguém age sem algum *por quê*, embora muitas vezes não se alcance a lucidez quanto às motivações fundamentais. Assim, prepondera a inconsciência e a alienação. Indagar pode conduzir a uma sondagem interna. Por isso, não se pode apressá-lo durante a consulta e convém dar primazia às pausas de silêncio, já que não raro suscitam a apresentação de razões peculiares sobre atitudes ou omissões marcantes.

Há que se banir o costume de chicotear os ouvintes, ameaçando-os com os riscos e complicações da doença, caso não modifiquem os seus hábitos. Quando muito, pergunta-se-lhe sobre seu conhecimento, por exemplo, acerca da correlação entre o tabaco e o câncer ou da possível associação entre tensão emocional aumentada e hipertensão arterial, ou ainda, entre comportamento intolerante e sintomas alérgicos, dentre outros.

Também pode se investigar o nível de informação no tocante a certa atitude. Uma paciente de quase sessenta anos de idade, após cerca de sete anos de acompanhamento, revelou — bastante envergonhada — que tinha um filho, dependente químico havia longo tempo, vivendo às suas custas e isso lhe trazia muito dissabor e angústia. Acrescentou ainda que lhe dava muitos conselhos, mas *para largar a droga é preciso força de vontade, e como ele não tinha, a situação se arrastava por mais de dez anos*. Na oportunidade, discutiu-se com ela a alternativa de assumir uma postura mais firme, exigindo que o filho, com mais de trinta anos de idade, mantenha-se por conta própria e contribua para o pagamento das despesas domésticas. Por outro lado, o profissional deve apresentar o seu ponto de vista sempre como uma opção, com suas vantagens e limitações. Enfrentar o filho pode ser muito desgastante e ela talvez prefira a acomodação que já se estabeleceu entre eles.

É imperioso aceitar o doente, sem deixar de ser verdadeiro para com ele, ainda que a equação final resulte na permanência da postura inadequada de sempre, pois ninguém é obrigado a acatar as diretrizes propostas pelo médico. Mas, este tem o dever de preservar o acolhimento sem qualquer tipo de restrição ou censura. A função é discutir opções, aprofundar os motivos de alguma decisão e, depois de tudo, respeitar o andamento do caso, ainda que contrarie ou até mesmo distorça as suas palavras e argumentos. Fica patente que o grau de rigidez do enfermo situa-o na condição de incurável provisório, pelo menos no quesito em pauta. Destaque-se que o paciente tem direito ao diagnóstico, o qual lhe deve ser informado, por mais grave e desfavorável que seja, porém, respeitar-se-á a sua decisão quando prefira ignorar a questão.

Assim, a pessoa é ainda mais digna de cuidados. Ela não se cura e, além do mais, sinaliza que muito dificilmente isso ocorrerá. Todavia, enquanto persistir em seu acompanhamento, deve ser recebida com genuíno interesse e boa vontade. Não cabe qualquer tipo de sanção ou de recusa ao atendimento porque o caso seja complexo e o protagonista se mostre pedante, refratário ou confuso. É indispensável aceitá-lo como se encontra, ajudando-o a se mudar dentro de suas possibilidades e livre determinação. Nesse patamar, exercita-se o amor ao próximo, sem abrir mão da sinceridade naquilo que pode ser útil à recuperação do sujeito.

Além disso, os casos complicados indicam para o médico o roteiro de seu próprio crescimento na ciência da relação médico-paciente — da qual se é eterno aprendiz — a fim de transformar os desafios em experiências bem-sucedidas. Em muitas ocasiões, o insucesso terapêutico é compensado

por um relacionamento gratificante, no qual existe abertura e compromisso por parte do profissional, e afeto e gratidão, pelo lado do doente.

Na verdade, admite-se que a formação do homeopata seja, com frequência, insuficiente para que ele se constitua em fator terapêutico, paralelo ao medicamento. Contudo, é necessário desenvolver habilidades. Nesse objetivo, a psicologia oferece muitos cursos que incrementam o potencial do médico. Este autor recorreu à gestalterapia, em sua versão repensada, também conhecida como *nova gestalt*. Mas, outras abordagens psicológicas são igualmente válidas e enriquecedoras, transformando a relação médico-paciente num contato humano e pessoal.

Para se tornar um interlocutor confiável, é absolutamente necessário que se liberte dos próprios conceitos e crenças — sejam de natureza ideológica ou religiosa — a fim de se pôr no lugar do outro. Muitos dados da história só serão relatados depois de um relacionamento bem consolidado, a exemplo dos sentimentos complexos, que envolvem culpa, medo e vergonha. O indivíduo precisa ter certeza que o médico não o censurará nem desqualificará a sua narrativa. Para lidar com matéria prima tão preciosa, exige-se sensibilidade e treinamento.

Enfim, é oportuno lembrar que o paciente representa o objetivo principal do trabalho de atenção à saúde. Quando impossível facilitar-lhe a remissão da moléstia, compete pelo menos confortá-lo. A persistência da enfermidade já caracteriza um castigo por si só e, então, o papel do médico resume-se a expressar sua legítima solidariedade e ser uma fonte inexaurível de esperança. E, ainda que o óbito torne-se o desfecho em determinado caso, os familiares se sentirão consolados pela atenção generosa dispensada ao seu ente querido.

O MEDICAMENTO HOMEOPÁTICO

Por tudo que se demonstrou ao longo deste livro, a homeopatia se caracteriza pela possibilidade de empregar as substâncias — valorizando os seus efeitos raros e sutis — conforme uma perspectiva sistêmica, o que aumenta significativamente a chance de se alcançar efeito global no paciente. Também se esclareceu que a diluição progressiva do medicamento é consequência do viés que influenciou muito o seu descobridor, no esforço de reduzir a incidência de agravação, atribuída equivocadamente à dose excessiva do remédio.

Atualmente, as novas teorias científicas permitem que se entenda o fenômeno terapêutico, afora o já consagrado enfoque reducionista, também pelo paradigma da complexidade. Assim, a principal distinção do método homeopático é a possibilidade de ajustar os diversos distúrbios do doente numa única substância e obter uma resposta abrangente e profunda. Por mecanismos ainda pouco esclarecidos, esses remédios altamente diluídos mantêm as suas propriedades. Tudo indica que, no reino qualitativo, a quantidade realmente é secundária e, tende a se tornar irrelevante.

Num mundo subjugado pela matemática e regulado pela estatística, a capacidade de atuar de forma distinta do padrão quantitativo desencadeou insopitável conflito. Assim, a diluição, que deveria ser uma grande vantagem, passou a ser vista com desconfiança. A homeopatia tornou-se culpada de oferecer a alternativa de eficácia clínica com doses infinitesimais. Porém, a física quântica revela diversos conceitos que sustentam os fatos observados pelo profissional da especialidade.

O meio hahnemaniano, por sua vez, permanece estagnado nas ideias propostas no seu ponto de partida. Dentre elas, a de que o potencial terapêutico é fruto da *dinamização* — soma da diluição com a sucussão — mas, já se acumulou um tanto de evidências apontando que a sucussão não é indispensável, apesar de ter se tornado quase uma lenda.

O **objetivo principal** deste capítulo é apresentar alguns conceitos relacionados com energia e difusão, e descrever as razões que levaram o autor a substituir a sucussão por um período de repouso de dez minutos a cada diluição, denominando-o de *medicamento homeopático browniano*. Faz-se a descrição farmacotécnica do seu método de preparação. A investigação patogênica com o *browniano* foi descrita no item *Guajacum officinale*,

constituindo-se na principal evidência de que ele produz efeitos similares ao remédio sucussionado.

A pesquisa clínica contou com a participação de cerca de vinte pacientes, de diferentes faixas etárias e ambos os sexos. A evolução desses casos gerou a impressão que a resposta terapêutica foi semelhante à do medicamento homeopático tradicional, mas o estudo não foi desenhado com essa finalidade e sim verificar se havia sinais mínimos de efeito, em contraposição à possibilidade de ausência de qualquer resposta. Só se pode afirmar, portanto, que houve evidência de ação terapêutica com o emprego de medicamentos sem sucussão.

Desse modo, não houve controle científico suficiente para transcrever os casos clínicos aqui. A título de ilustração descreve-se, no final do capítulo, um único caso pertencente àquela investigação, cujo indício de efeito foi a nítida supressão do quadro sintomatológico. A realização de novos estudos é fundamental para confirmar ou refutar os achados aqui expostos.

Energia

A afirmação do físico Fritoj Capra (1987), o prestigiado autor de *O Tao da Física e Ponto de Mutação*, dentre outros, assevera que a compreensão e terminologia utilizada pelos homeopatas em relação à energia carecem urgente revisão para ajustar-se à física quântica:

...o termo 'energia' tal como é usado nas tradições de cura não-ortodoxas, é algo problemático do ponto de vista científico. Pensa-se frequentemente que energia vital é alguma espécie de substância que flui através do organismo e passa de um organismo para outro. De acordo com a ciência moderna, a energia não é uma substância, mas uma medida de atividade, de padrões dinâmicos. Parece, pois, que para entendermos cientificamente os modelos de 'medicina energética', devemos nos concentrar nos conceitos de **fluxo, flutuação, vibração, ritmo, sincronia e ressonância**, inteiramente compatíveis com a moderna concepção sistêmica. [grifos deste autor]

Paschero (1973, p. 53) afirma que *o remédio não cura por sua substância e sim por sua capacidade energética para excitar um complexo reativo natural*. De fato, para se explicar o efeito amplo e profundo de uma única dose, os autores têm recorrido, com certo cabimento, à ideia de uma intervenção energética, mas não surgem pesquisas nem fundamentos teóricos que sustentem amplamente essa hipótese. Os clássicos, começando pelo próprio Hahnemann, deram muita ênfase à *energia vital*, de acordo à concepção dos séculos XVIII e XIX. O célebre descobridor da homeopatia referiu-se ao medicamento como algo quase espiritual e, embora estivesse tão à frente de seu próprio tempo, faltou-lhe naquela época uma noção da física moderna (ESTRELA, 2007, p. 17): *Que imensurável grande energia reside nestas partes, as quais nossas limitadas faculdades julgam pequenas demais. Homem*

de visão estreita! Como você determina limites ao poder maravilhoso, quase espiritual dos medicamentos? (HAHNEMANN, 1994, Appendix).

Considerando o seu efeito global, mente e corpo, e, às vezes, instantâneo, a sede mais provável de ação do remédio diluído é o **sistema nervoso**, descartada a energia vital por inexistente.

A energia cinética é definida como *a energia que um corpo possui por estar em movimento* (AURELIO, 2004) e sabe-se que existe um movimento espontâneo da matéria, mais evidente quando partículas encontram-se suspensas no ar, menor quando em algum líquido e escasso nos sólidos.

Além da definição clássica, associada à capacidade de gerar trabalho, a física moderna entende energia apenas mediante análise empírica de dois sistemas físicos em interação. As mudanças ocorridas num e noutro devem-se a entidades específicas mensuráveis que cumprem leis de conservação e a grandeza mais conhecida denomina-se de energia. Trata-se de uma grandeza física escalar e qualitativa e, conforme Einstein (1939), diferentes energias são...*transformáveis umas nas outras e cada uma capaz de provocar fenômenos bem determinados e característicos nos sistemas físicos.*

Exemplo de alguns tipos de energia: potencial, cinética ou mecânica, nuclear, radioativa, gravitacional, química, luminosa, térmica, elétrica, sonora etc. A energia potencial da água, após a canalização, poderá ser transformada em energia cinética nas turbinas que, por sua vez, acionam os geradores de forma mecânica e estes a convertem em oscilações de elétrons, surgindo a energia elétrica. A eletricidade, a seu turno, será utilizada em inúmeras ocasiões, aparecendo como atividade mecânica no elevador, luminosa na lâmpada, sonora na campainha, térmica no aquecedor etc.

Outra conversão interessante é a que as plantas fazem da energia luminosa em química, e como esta depois ao ser absorvida no reino animal gera fenômenos mecânicos (movimentos macroscópicos e intracelulares), elétricos (polarização e despolarização de membrana celular), e térmicos (conservação da temperatura corporal) etc., denotando a capacidade dos seres vivos de transmutar os fenômenos energéticos e químicos em processos vitais.

Einstein (1939) compara onda, enquanto grandeza dinâmica de energia, a um boato que se espalha. Assim a força do vento provoca oscilação da fileira inicial de uma plantação de trigo, que transmite a mudança à segunda e assim sucessivamente até esgotar o impulso inicial. Ao observador desavisado parecerá que o vento se deslocou mecanicamente e foi vergando uma a uma as fileiras do trigo, em ilusão semelhante à onda que aparenta caminhar na superfície da água. Na verdade, *as partículas realizam apenas pequenas vibrações, mas o movimento é, em seu todo, o de uma onda progressiva. Temos o movimento de algo que não é matéria, mas energia propagada através da matéria.*

Facchinello et al. (2005) acrescenta que *a propagação das ondas está associada à perturbação, e conseqüente vibração de um meio material (no caso de ondas mecânicas) ou de campos eletromagnéticos (no caso de ondas eletromagnéticas).*

A aparente solidez da matéria se deve à alta velocidade do elétron, que ao girar em torno do núcleo atinge 960 km por segundo ocupa todo o lugar no espaço enquanto onda, apesar de ser uma massa desprezível quando comparada ao núcleo atômico. Porém, a velocidade das partículas no núcleo atômico é muito superior. Segundo Capra (1986, p. 62), *elas percorrem o núcleo de um lado para o outro à velocidade de 64.000km/segundo.*

Okuno *et al.* (1982, p. 106) afirma que

todas as formas de energia química são basicamente de natureza elétrica. Cada molécula possui uma energia potencial elétrica que depende da posição relativa dos átomos que a formam. [E ainda na p. 102]: segundo a Bioenergia, que estuda a transformação de energia nos seres vivos, apesar das transformações de energia na matéria viva serem muito mais complexas, os princípios envolvidos são os mesmos da matéria inanimada.

As citações acima permitem uma dedução importante no enfoque sistêmico: apesar do ser vivo dispor de muitas funções complexas e integradas, os princípios energéticos atuantes não se distinguem daqueles vigentes na química inorgânica. A informação é muito interessante porque contribui para desfazer qualquer preconceito em relação ao tipo de energia que se acumula no medicamento homeopático. O fato de proporcionar um resultado amplo e profundo não significa que o remédio se constitua de uma energia especial ou superior. Ao contrário, o seu alcance se deve à complexidade e potência do organismo, que transforma a substância química ou a perturbação energética ou ainda uma série de outros fenômenos em virtude medicinal e se reorganiza a partir desta interação.

Difusão

O MB ou *difusão* foi objeto da tese de doutorado de Albert Einstein. A história começa com a observação de Robert Brown, *ao microscópio, em 1828, que os grãos de pólen, suspensos em água, moviam-se de um modo rápido e irregular.* [...] vários cientistas especularam sobre a causa deste movimento. [...] *alguns supuseram corretamente que o movimento térmico, o qual era requerido pela teoria cinética do calor, fosse a causa* (KONRAD, 2005).

As principais contribuições do estudo de Einstein foram:

- 1 — *o movimento browniano de partículas era basicamente o mesmo processo da difusão. Assim, podemos usar as mesmas equações [...] que geralmente se usa para medir a difusão de pequenas moléculas seguindo as mudanças de concentração:*

- a) fórmula para a média da **distância movida num dado tempo** durante o movimento browniano.
- b) fórmula para **Coefficiente de Difusão** de uma substância (idem).

Experimentos posteriores confirmaram matematicamente a teoria de Einstein. O que se entende hoje acerca do MB leva a compará-lo com a pressão que um gás exerce sobre as paredes que o confinam.

A difusão ou movimento browniano (MB) pode ser definido, de acordo com Costa, Lobo (1999 *apud* MANADAS *et al.*, 2002) como *o processo pelo qual a matéria é transportada de um local para outro situado no interior do próprio sistema e resulta de movimentos moleculares aleatórios, que ocorrem em pequenas distâncias.*

No levantamento da literatura sobre o assunto, encontrou-se uma descrição do *movimento browniano* (MB) que abriu novo panorama para compreendê-lo, dizendo que *ele resulta do impacto entre as moléculas do fluido e as partículas suspensas, que adquirem deste modo a mesma energia cinética que as moléculas [...] Assim os movimentos de uma partícula suspensa e de uma molécula do fluido são qualitativamente iguais* (OKUNO *et al.*, 1982, p. 105) [grifo deste autor], o que lembra o processo de diluição do remédio e proporciona elementos importantes para respaldar a proposta da pesquisa ora apresentada.

Em idêntica linha de pensamento, Mesquita (1980) afirma que *de acordo com a teoria da difusão térmica as moléculas de uma solução estão em contínuo movimento (movimento browniano) e deste modo a molécula excitada X' ao colidir com outra não excitada X transfere sua energia, e assim numa sucessão de eventos, permitiria a migração da energia de excitação.*

Cogitou-se, então, que à medida que as sucessivas diluições diminuem a quantidade de moléculas do soluto no medicamento, elas tendem a ficar **suspensas** no fluido. Depois de certo tempo, estas partículas e as moléculas do fluido *são qualitativamente iguais*, em relação à energia cinética.

Quando, finalmente, as diluições retiram por completo tais partículas, restando apenas as moléculas do solvente, estas apresentam uma alteração em seu movimento habitual, dependendo do tipo de partícula que esteve suspensa durante algum tempo. Assim, deduz-se que a água alcoolizada permanece inalterada, do ponto de vista químico, mas não energeticamente: houve uma transformação. E ainda que não se detecte mais nenhuma molécula do soluto original ao se fazer nova diluição, a pequena quantidade do solvente que é levada para a seguinte, carrega consigo aquela energia, desempenhando o papel de *partículas suspensas*, perante a nova porção de solvente. Desse modo, admitiu-se que haja transferência de energia na ausência de sucussão, caso se conceda à solução um período de repouso para que se dissemine o movimento molecular.

E, quanto ao Coeficiente de Difusão de uma partícula em um líquido, Loh (1997) assevera *depende basicamente de dois fatores: o tamanho da*

entidade que difunde e a resistência que o líquido oferece à difusão (genericamente, sua viscosidade).

A **Tabela 1** dá um parâmetro a respeito do Coeficiente de Difusão de algumas moléculas.

Tabela 1 – Difusão: objetos e tempo

Objeto	Raio (nm)	Difusão	Tempo (segundo)
Oxigênio	0.2	900	0.001
Sacarose	0.5	400	0.003
Insulina	1.4	160	0.01
Ribossomo	10	22	0.06
HIV	100	2.2	0.6
Bactéria	750	0.3	5

nm: nanômetro.

Fonte: KONRAD, 2005

Considerando que as moléculas ou substâncias pesquisadas na **Tabela 1** apresentaram coeficiente de difusão variando de milésimos de segundo até o máximo de poucos segundos, concluiu-se que a sucussão deveria ser substituída, para fins da experiência proposta, inicialmente, por um prazo bem superior ao necessário para que as partículas suspensas promovessem o seu movimento peculiar e o transmitisse às moléculas do solvente. Desse modo, com grande margem de segurança, optou-se pelo intervalo de 10 (dez) minutos de repouso.

A farmacêutica homeopata Iracema de Castro Engler, de Belo Horizonte, gentilmente aceitou a solicitação e preparou alguns medicamentos, de acordo com este critério, visando a aplicação clínica e patogênica. A relação dos selecionados e a descrição genérica da preparação encontram-se nos Quadros 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1 – Lista dos medicamentos brownianos.

<p><i>Arsenicum album</i> <i>Belladonna</i> <i>Cactus</i> <i>Capsicum</i> <i>Carbo vegetabilis</i> <i>Guajacum officinale</i></p>
<p><i>Ignatia</i> <i>Ipeca</i> <i>Lycopodium</i> <i>Magnésia muriatica</i> <i>Platina</i> <i>Tarentula hispanica</i></p>

Quadro 2 — Descrição genérica da preparação dos medicamentos pelo método browniano*

Toma-se 1 gota da TM, à qual se juntam 99 gotas de álcool 96º (álcool de cereais). Deixa-se essa solução 10 minutos em repouso. Passado este tempo, tem-se o medicamento X B10 CH1 (onde B 10 = Browniano com 10 minutos de repouso; CH = Centesimal Hahnemanniana).

Toma-se em seguida 1 gota do medicamento X B10 CH1, juntam-se 99 gotas de álcool, deixa-se a solução em repouso por 10 minutos e obtém-se X B10 CH2.

Toma-se em seguida 1 gota do medicamento X B10 CH2, juntam-se 99 gotas de álcool, deixa-se a solução em repouso por 10 minutos e tem-se X B10 CH3.

Na preparação de um medicamento na escala LM (Cinquenta-Milesimal), preconizado por Hahnemann no Organon, em sua 6ª Edição, as três primeiras preparações são feitas por trituração na proporção 1:100; no caso do Método Browniano, substituíram-se as triturações por sucessões, na mesma proporção de diluição (1:100).

No Método proposto por Hahnemann, da terceira trituração tomam-se 0,06g que serão diluídas em uma solução com 20 ml de álcool 20% (1:5).

No trabalho com solução líquida, considera-se que:

- 1g de água = 1 ml de água

- 1ml de água alcoolizada tem cerca de 25 gotas

Fazendo-se uma regra de três,

1 ml (= 1g) _____ 25 gotas

0,063g _____ X = 1,575 gotas

Arredondou-se para 3 gotas da solução B10 CH3, diluídas em 40 ml de álcool 20% — que após 10 minutos de repouso tem-se, no caso exemplificado, X B10 LMØ, onde este símbolo Ø = significa Tintura-mãe, ou preparação-mãe.

A partir desta preparação X B10 LMØ, toma-se 1 gota desta solução, à qual se junta 99 gotas de álcool e deixa-se 10 minutos em repouso.

Toma-se 1 gota desta solução, e embebe-se (satura-se) 500 microglóbulos (aproximadamente 0,00392g cada microglóbulo, ou seja, $0,00392 \times 500 = 1,96g$, os 500 microglóbulos). Espera-se 2 minutos, para que haja uma homogeneização nos microglóbulos, fazendo para isso movimentos circulares. Como esta é a fase sólida, foi feito este movimento apenas com o intuito de espalhar o medicamento homogeneamente nos microglóbulos. Obteve-se então o X B10 LM1.

Toma-se em seguida 1 microglóbulo da preparação anterior, o X B10 LM1, que foi dissolvido em uma gota de água destilada (deixada em contato por cerca de 2 minutos, até a dissolução completa do microglóbulo na água), depois se completa a solução com 99 gotas de álcool e deixa-se em repouso por 10 minutos.

Embebe-se 500mgl com uma gota da preparação imediatamente anterior, espera-se 2 minutos fazendo movimentos circulares para homogeneização. Obtém-se assim o X B10 LM2.

Repete-se este procedimento até a potência desejada.

As pausas maiores, de mais de um dia ou semana, foram feitas com o medicamento na forma de microglóbulos, quando se tratava de B10 LM 10 ou múltiplo deste, exemplo, LM 20 ou LM 30.

Os medicamentos preparados na forma B10 CH, as pausas maiores foram feitas em múltiplos de 10, ou seja, na CH 10, CH 20 etc.

Na dispensação desses medicamentos, foram utilizados 5 microglóbulos da potência desejada, 10 gotas de álcool 96º e água destilada *q.s.*20ml.

* Redigido por **Iracema de Castro Engler**

Discussão e conclusões

Apesar das restrições que este autor faz hoje à possibilidade de qualquer generalização a partir dos achados clínicos e patogênicos da pesquisa, por reconhecer que o tema é muito intrincado, mantém-se aqui a hipótese que o induziu a realizar o estudo: pode-se dizer que a substância desaparece completamente depois de algumas diluições, contudo, deixa um rastro de sua passagem naquele ambiente — não um rastro químico, como de balde se buscou até hoje — especialmente através de uma suposta *memória da água* — mas, um estigma energético. Enquanto não se introduzir novas partículas suspensas naquele solvente, ele guardará em si mesmo os sinais de que suas moléculas não dançam mais como antes; foi-lhes inculcada uma nova personalidade energética. Tão sutil e indelével que retirar o soluto daquela solução, através das sucessivas diluições, não limpa tal impregnação.

Acreditou-se, pois, que as mudanças energéticas decorrentes da difusão promovessem a migração energética, além do mero deslocamento molecular. Tal conjectura, ainda que arriscada, encontra suporte indireto na investigação de soluções cintilantes. Segundo Tauhata (2003),

a energia absorvida no interior do solvente se desloca pelo processo de excitação de molécula a molécula, até que é cedida a uma molécula do soluto, a uma molécula da substância cintiladora ou a uma molécula de um agente extintor. Este processo de transferência de energia solvente-solvente é muito rápido, da ordem de nanosegundos.

Desse modo, ainda em tese, o movimento browniano — mensurável macroscopicamente — pode transformar-se em energia atômica na intimidade do solvente. Porém, a possibilidade dessas moléculas conservarem a identidade do soluto representa uma hipótese bastante audaciosa... Gebauer (2002) propõe que esta energia se converte em informação.

A probabilidade que se encontre no medicamento homeopático alguma evidência química da substância que foi utilizada para a sua manipulação parece menor ainda. Mas, se as pesquisas dirigirem a atenção para a energia das partículas que estiveram temporariamente suspensas na água alcoolizada, talvez se depare com algum indício. Uma dessas possibilidades seria investigar o coeficiente de difusão da substância, comparando-o com o encontrado no respectivo medicamento bastante diluído.

O presente estudo permite questionar o mito da sucussão como fator de *energização*. Resta a hipótese de que esse procedimento economize tempo na manipulação do remédio, pois ao agitar e bater o frasco contra uma superfície resistente é possível que se acelere a difusão. No entanto, a difusão por si só não explica o fenômeno terapêutico em dose única. Eventos biológicos simultâneos e imediatos tornam-se imprescindíveis à compreensão do conjunto e carecem ainda de investigação.

Refiro-me ao trabalho engenhoso de inovadores e pesquisadores incansáveis — os homens e mulheres que fazem ciência — que dissecaram folha por folha, camada por camada, enigma por enigma, a cebola cósmica, e revelaram um universo ao mesmo tempo surpreendente, estranho, impressionante, elegante e completamente diferente do que qualquer um de nós poderia esperar (GREENE, apud BRASIL, 2010, p. 27).

Ressalve-se que a entropia (tendência ao estado de inércia) exige que se admita a existência de um limite a partir do qual a energia cinética das partículas suspensas atinja a exaustão. Não é possível fazer a menor estimativa de quando isso ocorrerá e se a manutenção da sucussão ou de aparelhos que a substituem, a exemplo dos dinamizadores, será capaz de manter indefinidamente a energia do medicamento. Mas, por outro lado, *a diminuição do coeficiente de difusão é uma evidência clara da incorporação do soluto pelo hospedeiro* (SOUZA *et al.*, 2002), o que resguarda a conservação de energia e sugere a sua migração do soluto para o solvente.

Ao expor o histórico desta pesquisa, o autor reconhece como única conclusão possível a de que o *Browniano* na escala LM, produzido sem sucussão, com dez minutos de repouso entre uma diluição e a seguinte, repetindo-se o procedimento por vinte vezes — LM 20 — demonstrou efeito patogenésico e clínico semelhante ao tradicional. Tal resultado deve, por si só, instigar a discussão do tema e, sobretudo, novas pesquisas.

Os achados expostos não permitem qualquer inferência quanto ao provável mecanismo de ação do medicamento homeopático nos seres vivos, cuja complexidade converte diferentes estímulos, a exemplo do remédio químico, massoterapia, acupuntura e homeopatia, entre outras terapêuticas, em reações orgânicas e/ou emocionais amplas e profundas. Apenas com a excitação cinética de músculos e tendões, a massoterapia ocasiona, com frequência, descargas emocionais intensas, além do efeito local. Como o organismo processa as diferentes intervenções, ainda se ignora quase por completo. A pesquisa farmacológica centra-se na descoberta dos receptores moleculares das substâncias, coerente com a abordagem reducionista.

Assim, os verdadeiros motivos capazes de proporcionar os achados desta pesquisa podem ser completamente diversos da tese relativa ao MB. Aqui se permite uma digressão: Hahnemann desenvolveu um método de pesquisa para investigar os efeitos patogenésicos de cada substância e a forma de aplicar tal conhecimento na clínica. A experimentação no homem sadio e as respostas clínicas confirmam sua validade científica. Entretanto, a teoria hahnemaniana a respeito do mecanismo de ação do medicamento sofreu reformulações significativas, realizadas pelos próprios discípulos. Assim, a possibilidade de retirada da sucussão, preservando-se o efeito abrangente, pode ser devido a fator completamente alheio à difusão. Outros homeopatas têm demonstrado mais simpatia por explicações de natureza prioritariamente química ou biológica.

A descrição de alguns conceitos relacionados à energia e difusão serviu de justificativa para a realização da pesquisa, mostrando que a mesma não ocorreu por conta de alguma fantasia do autor. Entretanto, os achados não podem ser generalizados para as demais escalas, a exemplo da centesimal, nem para as diluições acima da 20 LM e tampouco oferecem suporte, até o momento, para qualquer teoria acerca do mecanismo de ação do remédio.

Finalmente, cabe comentar acerca do uso da escala cinquenta milesimal (LM), complementando o que foi dito no item *Diagnóstico Diferencial*, do capítulo *Agravação Terapêutica*. Tudo indica que a enorme diluição utilizada nessa escala produza o medicamento “energético” mais rapidamente do que as opções decimal e centesimal. Portanto, depois de poucas diluições em LM, ele pode ser empregado em dose única, pois equivale a uma dinamização alta nas demais escalas. Este autor fez uma investigação não controlada, e chegou à impressão de que a dose única de 20 LM promove uma resposta com a qualidade e duração equivalente à 200 FC. Assim, não faz sentido o seu uso em doses repetidas, como propôs Hahnemann.

Caso clínico

SPC, feminino, 19 anos.

Data zero

Em tratamento dermatológico, homeopático e psicoterápico nos últimos 2 anos, devido doença de pele e transtorno alimentar.

Conduta: *Ignatia* B10/LM10. (B10 significa dez minutos de repouso a cada diluição; LM 10, medicamento preparado na escala cinquenta milesimal por dez vezes seguidas).

Avaliada nove dias depois, a paciente relatou vermelhidão da pele durante alguns dias, aumento do apetite, dificuldade de concentração nunca observada antes, mais sono e aumento da ansiedade. Sem mudança no distúrbio alimentar. Foi repetida a dose única.

Sete dias após, passou a apresentar prurido pela primeira vez desde o aparecimento da enfermidade cutânea. Afirmou que o seu medo de ser rejeitada pelas pessoas, devido à doença, havia reduzido em 40 a 50%.

Em seguida, evoluiu com melhora temporária das lesões, persistência do prurido e dos vômitos. Desatenção aumentada a ponto de ter medo de atravessar ruas.

40 dias depois — Com recaída das manchas na pele, foi medicada com *Ignatia* B10/LM20.

30 dias depois— Relata melhora significativa da pele, voltando a frequentar clubes por um algumas semanas, e se sentindo muito bem com isto. Prurido persiste. Recrudescimento dos vômitos, em função de doença

grave do pai. Surgiram bolhas nos membros superiores e face, sendo que esta sempre fora preservada até aquele momento.

Impressão: supressão e metástase mórbida.

Conduta: mudar medicamento.

Comentário: melhora das lesões nos membros, seguida de aparecimento nas faces, portanto, de baixo para cima — sinal evidente de supressão com metástase mórbida — sem outra causa aparente além do remédio browniano, constitui importante evidência de atividade do mesmo, já que o quadro se encontrava estável por dois anos, desde o começo da enfermidade. Além disso, não houve melhora do quadro mental, já que o desaparecimento de alguns sintomas foi seguido pela manifestação de outros com gravidade equivalente ou maior.

Medicamento homeopático em doses ponderais

Talvez o principal entrave para a aceitação da homeopatia tenha surgido pelas mãos dos próprios homeopatas que, desapercibidamente, atribuíram pouco relevo ao fato de que o medicamento bem indicado atua em qualquer dinamização. Ao contrário, deu-se ênfase absoluta ao efeito global em altas diluições, desprezando-se a grande proeza de que tal resultado também se possa alcançar por intermédio de doses ponderais.

Assim, uma vez mais na história, o “maravilhoso” absorveu a atenção, possivelmente por envolver fenômenos fantásticos, ficando no limiar da utopia: apesar das muitas evidências, o efeito generalizado com doses muito diluídas escapa às explicações do conhecimento científico contemporâneo. E sabe-se que o ser humano tem predileção pelo mágico ou sobrenatural em detrimento da realidade, ainda que extremamente complexa e fascinante.

Entretanto, urge resgatar a sensibilidade do ser vivo como um todo em relação ao medicamento ainda em substância — fato também admirável — sem renunciar ao potencial das diluições elevadas.

Além disso, a cura em dose única com alta diluição facilita, em tese, a apologia do remédio, ao passo que a repetição das doses ponderais favorece a admissão do papel importante da reação do organismo. Geralmente, o profissional busca o recurso que demonstre incontestemente poder terapêutico, com eficácia nos casos mais complicados ou empedernidos. Aceitar que parte significativa do resultado se deve ao próprio paciente implica em diminuir-se a si mesmo e à sua arte.

A resposta ampla e profunda — com melhora de sintomas físicos e mentais — obtida através do preparado pouco diluído corrobora a tese de que o diferencial mais importante da homeopatia é a possibilidade de crescer com base em efeitos patogenésicos. Assim, a dinamização torna-se um recurso opcional, cujo verdadeiro significado requer maiores pesquisas a fim de ser estabelecido.

Ao relativizar a importância da diluição, espera-se contribuir para redução do impasse que as altas diluições se tornaram para a aceitação da homeopatia pelos círculos médicos e/ou científicos. Não que as diluições elevadas sejam inúteis, mas deixam de ser, aparentemente, indispensáveis. Se elas podem acrescentar algum benefício para os pacientes, cuja resposta às baixas dinamizações tenha se esgotado, representa uma questão em aberto, clamando por investigações bem controladas. Convém igualmente pesquisar a reação à dose única sem qualquer diluição, a fim de verificar a ocorrência e duração de possível efeito global, o que tornaria o fenômeno ainda mais interessante do ponto de vista qualitativo.

Neste momento, o autor inicia a realização de ensaio clínico visando comparar o resultado terapêutico decorrente do uso de dose única em dinamização alta (200 FC) *versus* doses repetidas diárias com tintura-mãe ou até a CH 6, cujo desenho em triplo cego com placebo foi aprovado pelo Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da UFAC. Os doentes serão recrutados no ambulatório do curso de especialização em homeopatia no Acre, patrocinado pelo Ministério da Saúde. Prevê-se que o estudo demore um ano para ser executado.

Entretanto, espera-se que este livro seja publicado em breve, e como já foi possível coletar algumas evidências relativas ao tema, descrevem-se, em seguida, dois casos clínicos com boa evolução sob medicamento pouco dinamizado, a título de ilustração. A resposta desses pacientes apresenta mudança de consciência em relação a bloqueios emocionais, além de melhora de sintomas físicos e mentais. O grau de elaboração reflete o nível que cada um se encontra, de acordo com suas conquistas e limitações. Ao final de cada caso, acrescenta-se pequeno comentário sobre os aspectos mais relevantes.

Caso clínico com doses ponderais 1

ANR, sexo masculino, 45 anos.

Data zero — Acidente há 6 anos — caí do andaime, fraturei coluna lombar.

Muita dor — pernas, braços, ombros... Dói muito na cicatriz da cirurgia (lombar).

Estômago também dói. Uso omeprazol direto.

Eu era serralheiro. Passei 4 anos sem trabalhar. Agora sou vendedor ambulante.

HP: ndn.

HF: filha mais velha casou-se; agora, só eu, esposa e filho de 12 anos. Apetite: horrível.

Sono: deito e não durmo. Rolando de um lado para o outro.

Temperamento: Muito calmo. De falar pouco. Tenho muita paciência. Pessoa fala e fico ouvindo. Não sou de brigar com a mulher em casa.

Muito apegado aos filhos (emociona-se). Não queria que filha casasse, mas fazer o que?! Queria que ela terminasse a faculdade para conseguir emprego melhor..

Sempre ligando, preocupado com o filho de doze anos. Ele fica muito tempo na TV, no vídeo game. Fica sozinho em casa. Acontece tanta coisa ruim... Chego 8-9h da noite em casa. Ligo para saber se tem algo errado: chegar um colega e pegar e... abusar dele, fazer alguma coisa errada. Falo pra ele trancar bem a porta.

Não sou muito de sair. Devido à violência hoje em dia. Você sai com a família e está cheio de marginal. Em todo o país. O mundo seria muito diferente se não existisse a violência; pessoa procurar fazer o bem para o próximo. Não matar, assaltar, arrombar.

A dor está aumentando a cada dia. Quando me agacho, dói a perna esquerda.

Temperamento antes da queda: alegre, saía. Era muito divertido. Médico queria mexer na minha cirurgia de novo. Já fiz ressonância magnética.

Quando tenho objetivo, eu corro atrás do que quero. Não sou parado no tempo.

EF: kg cm

Força muscular pouco diminuída. Deambula. Fica num pé só.

Cicatriz cirúrgica em bom estado.

ID: Traumatismo — seqüela.

@ **Conduta:** *Arnica* 8 CH — 1 glóbulo diluído num copo d'água. Tomar 1/3 do conteúdo pela manhã, na hora do almoço e à noite, durante 15 dias

O quadro referente à repertorização com os respectivos medicamentos sugeridos encontra-se imediatamente abaixo.

Repertorização caso clínico ANR

1	1234	1	GENERALS — INJURIES — ailments from; chronic	13
2	1234	1a	MIND — ANXIETY — children — about his	17
3	1234	1a	MIND — ANXIETY — family; about his	30
4	1234	1	MIND — VIOLENCE — aversion to	10
5	1234	1b	MIND — FEAR — coition — rape	3
6	1234	1b	MIND — FEAR — injury — being injured; of	36

	arn.	stram.	carc.	hep.	mag-c.	ars.	acon.	calc.	crot-c.	oxal-a.
	400	400	300	300	279	229	200	200	200	200
1	3	1	-	-	-	-	1	-	-	-
2	-	-	1	-	-	2	1	1	-	-
3	-	-	1	1	-	1	-	1	1	1
4	-	1	1	1	2	-	-	1	-	-
5	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-
6	1	3	1	1	1	1	-	-	1	1

Um mês e cinco dias depois

Foi maravilhoso — teve muita diferença.

Estava comendo de tudo. Me senti muito bem.

Melhorou a falta de sono. Chegava muito cansado em casa. Estou saindo. Ficava só em casa — sem coragem, queria só ficar deitado.

A dor melhorou bastante; antes era direto. Ontem voltei a sentir, após caminhada.

A dor nos braços e pernas também melhorou — só quando forço. Quando tenho que carregar peso.

Temperamento: melhorou bastante. Queria só deitar quando chegava em casa, cansado. Agora, fico na TV, converso com filho.

Saio com a família no fim de semana. Para um clube, jogar uma sinuquinha. Às vezes, vou para piscina com o filho.

Andava meio triste, também mudou. Ficava pensando na vida. Recentemente, serrei galhos das plantas no quintal — não senti nada.

Com os filhos: eu era muito apegado. Já não coloco janta para o filho — está com doze anos. Você venha colocar! — acho que eu estava estragando ele. Ajeitava a cama dele. Deixando ele se virar sozinho um pouco. Mas, depois fico pensando porque não fui colocar. Não sei está certo ou errado... Muito folgado, quer tudo na mão.

Sobrinho me chamou para ir à seresta com ele. Vou hoje, com a família. Não saía devido medo de violência. Era medo de sair... Jornal, TV — é só violência. Há uma semana, decidi parar de assistir essas coisas. É assalto, morte, acidente... Vou dar um tempo no jornal... Me sentindo bem melhor.

Você pode estar em casa e chega um vagabundo... A gente tem que se distrair um pouco. Pensar em coisa boa também. Só Deus pode livrar a gente de tudo quanto é mal.

Era muito medo de acontecer alguma coisa com o filho. Ficava sempre ligando — era horrível! Agora, mais tranquilo. Ligo uma vez só. Melhorei bastante.

ID:Boa resposta.

@ **Conduta:** *Arnica* 8 CH — repetir esquema anterior 15 dias.

Um mês e meio depois

Melhorei a dor. O apetite. Em bom estado. Dores diminuíram bastante. < quando sentado muito tempo.

Queimação na garganta. Sede de bastante água. Suor diminuiu bastante. Mais disposição para o trabalho.

Temperamento: melhorei muito no trabalho.

Acabou o medo — de sair de casa à noite, de andar no parque à noite. É entregar pra Deus...

Saindo mais com a família. Me divertindo um pouco.

Arnica: minha filha me emociona (chora). Era para estar com a gente. Apegado a ela. Sempre vendo ela à tarde. Sonho que ela se forma antes de se casar.

O marido é gente boa, mas atrapalhou a vida dela.

Pedi para ela cumprir o meu pedido: não ter filhos agora...

Filha se casou na igreja — melhor do que meninas que engravidam com 12-13 anos.

A esposa quer discutir dentro de casa. Vou para o quintal, muito chateado.

(Dor na coluna no final da consulta — se levantou e andou um pouco na sala).

Teve que fazer segunda cirurgia devido à rejeição ao material ortopédico.

ID: Boa Resposta.

@ **Conduta:** repetir *Arnica* CH 8 — 1 glóbulo por dia, dividido em três tomadas (manhã, tarde e noite) — 14 dias.

Comentário:

Aspectos saudáveis espontâneos do paciente:

1. *Quando tenho objetivo, eu corro atrás do que quero. Não sou parado no tempo* — corresponde potencialmente à lei de cura: de cima para baixo.
2. *Filha se casou na igreja — melhor do que meninas que engravidam com 12-13 anos* — capacidade de aceitação da adversidade, deslocando o processo para a periferia. Equivale a desenvolver a imunidade: “podia ser pior”.

Aspectos vulneráveis:

1. Em relação ao filho: *Ligo para saber se tem algo errado: chegar um colega e pegar e... abusar dele, fazer alguma coisa errada. Falo pra ele trancar bem a porta.* A ansiedade do paciente não se justifica, pois se trata de um adolescente em sua própria casa.
2. Não sou muito de sair. Devido à violência hoje em dia. Você sai com a família e está cheio de marginal. Em todo o país.

Evolução com *Arnica*:

1. *Você pode estar em casa e chega um vagabundo... A gente tem que distrair um pouco. Pensar em coisa boa também. Só Deus pode livrar a gente de tudo quanto é mal* — diminuiu sua vulnerabilidade, reconquistou um tanto de liberdade e redimensionou sua relação com Deus.
2. *Já não coloco janta para o filho — está com doze anos. Você venha colocar! — acho que eu estava estragando ele. Ajeitava a cama dele. Deixando ele se virar sozinho um pouco* — fez autocrítica de sua postura em relação ao filho e modificou o seu próprio comportamento.
3. *Minha filha me emociona (chora). Era para estar com a gente. Apegado a ela. Sempre vendo ela à tarde. Sonho que ela se forma antes de se casar* — aparentemente, após a primeira consulta o

paciente lidou com problemas atuais e, depois da segunda, retornou ao conflito prévio, relacionado com o casamento da filha. Pelos dados obtidos até a última entrevista, não é possível dizer se a resposta foi satisfatória nesse ponto. Ele parece reiterar sua compreensão anterior, pois lhe pede que cumpra o pedido de não ter filhos e acha que o casamento atrapalhou a sua vida. Aparentemente, ele não conseguiu ressignificar esse aspecto e representará um grande desafio para a sua saúde emocional, caso ela engravide antes de concluir a faculdade.

Caso clínico com doses ponderais 2

SAA, sexo feminino, 56 anos.

Data zero — Falta de circulação nos braços à noite; dormentes. Osteoporose.

Não aguento mais tomar remédio para desinflamar os ossos.

Muita dor nas costas. Pernas muito cansadas, pesadas.

Ultimamente com falta de ar. Já fumei muito — hoje, não mais.

Muita fraqueza. Sonolência.

Dor de cabeça constante, do lado esquerdo.

HP: ndn.

HF: eu, neto de 6 anos, três filhos.

Em casa, se eu não fizer, ninguém faz.

Fico muito agitada. Me bate o nervoso — não sei se faço uma coisa ou outra. Fico sem orientação na minha cabeça. A gente quer fazer, mas falta coragem, não sabe por onde começar.

Temperamento:

Pessoa de compaixão; ajudo os outros; visito doentes; já fui de visitar carceragem, enfermos. Hoje não aguento mais. Fazer isso me faz falta. Já tive muita disposição de trabalhar. Minha vida foi doméstica. Casei e separei do marido vinte anos depois. Fiquei com 5 filhos — o mais velho ia fazer 15 anos.

Trabalhei 18 anos de copeira na “Saúde”. (chora)

Todos os meus resguardos foram quebrados. Marido bebia muito.

Há alguns anos, tive começo de enfarto. Por nada. Coração queria sair pela boca.

Pessoa me machuca e eu suporto; engulo; depois me faz mal. Não discuto, não bato em ninguém. Mas, chega num ponto que a gente tem que desabafar.

Filho estava gostando de uma menina, mas a mãe dela não queria. Ela dizia coisas para ele e também comigo. Na obrigação de aguentar aquilo, mas ficar trancada.

Marido ia demais à minha casa depois da separação. Eu queria viver na minha paz. Além de não viver mais na minha casa, via ele fazer coisas: dando dinheiro para uma mulher. Não por ciúme, mas pelo respeito. Mas, não quis machucar ele por causa dos meus filhos. Faça isso fora, na casa

dele, em outro lugar...

Meu destino é viver sozinha. Só eu e esse neto...

Eu preciso de desabafo e não tenho ombro pra mim.

Ainda lavo e passo roupa na casa dos outros. Me sinto na obrigação.

Não tenho coragem de ir atrás de um benefício pra mim. Penso que não vou conseguir. Se sair de casa, ao chegar vai ser difícil colocar tudo no lugar... Hoje tenho vergonha da bagunça da minha casa.

Nunca falta vontade de chorar na minha vida. Do que sofri. É difícil...

Pais separados. Sofri muito. Casei e foi pior. Hoje meus filhos me criam. Mas, nem tudo a gente quer pedir. Vergonha de pedir um remédio...

Não tenho culpa de minha separação. Nem abandonei meus filhos. Deus criou eles pra mim, junto comigo. Amo eles.

EF: ndn.

ID: Depressão. Osteoporose. Cefaleia.

@ **Conduta:** *Ignatia* 6 CH — 1 glóbulo uma vez ao dia durante 20 dias.

O quadro referente à repertorização com os respectivos medicamentos surtidos encontra-se imediatamente abaixo.

Repertorização caso clínico SAA

1	1234	1	MIND — AILMENTS FROM — discords — parents; between one's	15
2	1234	1	SLEEP — SLEEPINESS — grief; from	3
3	1234	1	SLEEP — SLEEPINESS — accompanied by — complaints; other	67
4	1234	1	MIND — AILMENTS FROM — mortification	76
5	1234	1	MIND — DUTY — too much sense of duty	32
6	1234	1	MIND — CONSCIENTIOUS about trifles	103
7	1234	1a	MIND — GRIEF — offenses; from long past	5
8	1234	1a	MIND — GRIEF — past events, about	5
9	1234	1a	MIND — DWELLS — past disagreeable occurrences, on	78
10	1234	1	MIND — AILMENTS FROM — honor; wounded	19
11	1234	2	MIND — GRIEF — silent	38

	nat-m.	ph-ac.	ign.	staph.	nux-v.	sep.	sulph.	puls.	lyc.	aur-m-n.
	12	12	12	9	8	7	7	7	7	6
1	1	-	1	-	1	-	1	-	-	1
2	-	3	1	-	-	-	-	-	-	-
3	2	2	2	2	1	1	-	3	-	-
4	3	3	3	4	2	1	2	2	3	2
5	1	-	1	-	1	2	-	-	1	-
6	1	1	3	3	2	3	3	3	3	-
7	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
9	4	-	3	1	-	2	2	1	3	2
10	2	-	1	2	1	-	1	-	-	1
11	3	2	3	1	1	1	1	2	1	2

Dois meses depois

Graças a Deus, meus problemas mentais, a minha pressão, eu estou bem. Às vezes, ainda um pouco deprimida, mas eu choro e passa.

Ainda sinto muita dor nos ossos, ombros e lombar.

Os dedos da mão não querem esticar mais.

Não tenho mais tosse, exceto à noite, quando me deito e aí solta aquele catarro.

Não sinto mais cansaço no peito.

A dor nas costas agora é só quando me movimento mais, e é só do lado esquerdo.

Melhorou a minha paciência, eu andava deprimida. Achava que ia resolver se jogasse o pé na parede... Antigamente eu arrumava tudo na hora certa. Já estou relaxando com isso — melhorou. Eu já tiro um tempinho de dia para dormir um soninho.

Eu me preocupava com a situação financeira. Agora, eu relaxei. Deus não vai me deixar passar por um problema tão difícil, vendo que eu preciso.

Não fico mais sufocada, como se para morrer: raiva, angústia, contrariedade. Se não desabafasse, aquilo me matava. Eu tinha que chorar, falar...

Fisicamente: mais coragem de fazer minhas coisas, mas nem tanto.

— não estou sentindo mais dor de cabeça.

— não estou sentindo mais a quentura nas mãos e pés.

— o ressecamento intestinal também melhorou bastante.

Mande fazer mais do remédio na Farmácia e estou tomando...

As dores aliviaram.

Continuo muito esquecida.

Acordo com boca cheia de água, coceira nos olhos, dor no pescoço.

Diminuiu bastante a queda de cabelos também.

Meu marido vir à minha casa também me doía muito. Separamos 5 vezes e fiquei esperando ele voltar. Eu avisei que na próxima não ia aceitar. Ele quem quis separar! Ele queria conviver ali 2-3 semanas. Fui muito boa, deixei ele entrar. Depois ele queria se impor em casa. Nunca entrei na casa dele. Não tenho outro homem — falei com Deus que ia honrar...

Depois do medicamento homeopático [*Ignatia*], conversei com os filhos para falar com ele que eu não queria mais ele ali. Eu não falava... Quando ouvia a voz dele era como se um pau batesse na minha cabeça.

EAS, EPF, Ac. úrico: ndn.

Glicemia em andamento.

ID: Boa Resposta.

@ **Conduta:** suspender o remédio por duas semanas. Depois reiniciar por um mês. Albendazol SOS dentro de 2 semanas.

Comentário: paciente apresentou uma resposta global, evidenciando melhora razoável de sintomas mentais e físicos, destacando-se a iniciativa de pedir aos filhos que não queria mais a presença do ex-marido em sua casa. Tal gesto, pelo histórico de sua relação com ele, denota uma mudança biopatográfica. Ela sofria, *como se um pau batesse em sua cabeça*, porém, suportava silenciosamente. A nova postura representa uma reconquista de liberdade em sua própria casa.

A HOMEOPATIA, A MEDICINA E O SUS

Renato Sampaio De Azambuja*

A moderna crise de assistência médica ultrapassa fronteiras. Não se intimida com países ricos ou pobres e nem com classes sociais. Atinge setores privados e públicos indiscriminadamente, entupindo emergências dos hospitais com doentes de todos os tipos de patologias. Fervilham exacerbações de doenças crônicas. Muitas vezes uma nova epidemia assola populações que abarrotam as unidades de saúde. O fenômeno ocorre nos EUA, no Canadá, na Europa, nas Américas, sem falar nos países africanos ou asiáticos. Esse é o quadro, pelo menos de onde se obtém informações fidedignas do estado da assistência à saúde. A universalidade da crise nos remete a procurar um elo em comum entre todas as manifestações, uma estrutura de intersecção que possa explicar, nem que seja em parte, o que acontece. Nesta abordagem que se apresenta, chama atenção, em todos esses segmentos, que o modelo assistencial é alicerçado no atendimento hospitalar. Independente do país em que se constitui, é provável que esse sistema esteja demonstrando sinais de esgotamento de um ciclo iniciado no século XIX com a institucionalização de um espaço específico para a prática clínica e científica. Essa noção não é compartilhada pelos “hospitalistas”. No entanto, merece ser cuidadosamente observada.

É conhecida a análise arqueológica desenvolvida por Michel Foucault em seu livro *O Nascimento da Clínica* (1980, p. XXX) ao caracterizar a transformação vertical que ocorreu no conhecimento e práticas médicas no século XIX. Sua análise demonstra que, se a ruptura no conhecer médico não foi um simples refinamento conceitual ou um aprimoramento técnico, pois foi uma mudança no objeto de estudo, do sintoma empírico ao achado anatomopatológico, essa mudança também necessitou de espaços diferentes para sua abordagem. A medicina até então, praticada ao lado do ambiente familiar do doente, passou a requisitar um espaço próprio e privilegiado para o exercício dessa nova medicina, baseada no método analítico das lesões teciduais e um código de saber voltado para a doença. Bichat (*apud* FOUCAULT, 2006, p. 162) declara: *Abram alguns cadáveres: logo verão desaparecer a obscuridade que apenas a observação não pudera dissipar,*

* Médico homeopata, cirurgião, plantonista da emergência do Hospital Nossa Senhora Conceição de Porto Alegre-RS, vinculado ao SUS.

sugerindo uma nova postura aos médicos de seu tempo para que deixassem de listar uma confusão de sintomas incoerentes e partissem para o método da objetividade anatomoclínica de investigação sistemática.

O hospital, à época, órgão de assistência pura e simples aos pobres, muitas vezes de apoio religioso aos desvalidos, precisou ser reinventado para o exercício da nova medicina curativa e biológica que ora se organizava incipiente até em escolas legitimadas pelo poder público francês. Verdadeiras reformas estruturais dos hospitais, elaborações de currículos médicos, melhorias sanitárias e toda uma legislação foram elaboradas para alicerçar a nova prática. Tratou-se de um deslocamento histórico do objeto de estudo. Das inferências sindrômicas sem sistematização alguma de uma medicina ingênua ao estudo sistemático de entidades anatomoclínicas. Do empirismo inocente ao corpo enfermo.

O hospital transformou-se no palco privilegiado de estudos, classificações, terapêuticas e curas de doenças. O movimento difundiu-se pelo mundo e pelo tempo, perdurando até hoje em seus fundamentos principais. O grande avanço nas técnicas diagnósticas, terapêuticas, cirúrgicas e especializações não mudaram a importância do espaço hospitalar para o sistema médico. Ao contrário, estimularam mais ainda. É no hospital que se exercita e se desenvolve a medicina que se pratica atualmente e é nele que, dialeticamente, se agoniza a atual crise de assistência. Essa situação ganhou contornos diferentes e particulares em cada país. No Brasil transpareceu tanto no sistema privado como no público e é nesse último que incidirá a indispensável análise.

Em nosso país o direito à saúde foi definido constitucionalmente como um dever de Estado. A construção e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de concretizar o preceito constitucional, deu-se gradualmente na transformação do antigo INAMPS, com sua incorporação ao Ministério da Saúde (MS). Em 19 de setembro de 1990 a promulgação de Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 fundou o SUS, cujas principais características são seus princípios administrativos (controle social, descentralização e hierarquia assistencial) e seus princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade).

Antes de abordar o assunto propriamente dito das relações de importância entre a homeopatia e o SUS, é digno de se salientar algumas características da crise assistencial da saúde pública no Brasil. Se por um lado os hospitais encontram-se lotados, com emergências intransitáveis devido ao acúmulo de pacientes aguardando escassos leitos disponíveis, por outro, são estes mesmos estabelecimentos que oferecem atualmente as únicas soluções de saúde para a população. A situação paradoxal se explica historicamente pela conhecida ênfase hospitalar da biomedicina para o tratamento e cura das doenças e, principalmente, pela deficiência da rede de atenção primária e secundária à saúde. Essa carência leva a população a procurar as emergências dos hospitais como única possível e esperançosa porta de entrada ao sistema. Do contrário, se depender da rede primária de atenção, o paciente esperará vários meses para o início de atendimento,

associado ao tempo necessário para a realização ambulatorial de exames e na ausência de tratamento qualquer, acarretando uma evolução às vezes fatal ou incurável de algumas patologias. O resultado é a estagnação do modelo centrado em hospitais, mesmo que sejam estes as principais estruturas de atendimento resolutivo aos doentes, seja do modo como conseguem no âmbito da superlotação.

De outro ponto de vista, pode-se dizer que a descentralização administrativa e financeira não vem se mostrando eficaz na medida em que os municípios não conseguem transformar os recursos em postos equipados com médicos ou equipes de saúde da família, capazes de uma resolução que prescindia do encaminhamento ao hospital. O princípio de hierarquização, ou seja, que atendimento primário e secundário seja realizado em postos de saúde ou núcleos de atendimento familiar acaba não encontrando base de sustentação prática do modo como estão organizados os sistemas de atendimento. Do ponto de vista doutrinário, os princípios de integralidade e equidade mostram igualmente prejuízos. O sujeito doente não é visto como um todo nas consultas hospitalares, onde são caracterizados por abordagens especializadas em patologias e submetidos a protocolos e fluxogramas de atendimento para que haja um escoamento mais eficiente dos pacientes na estrutura administrativa em esgotamento. Do ponto de vista da equidade, os doentes não têm a chance de escolha dos métodos terapêuticos que lhes condizem ou sejam de sua preferência. São forçados, pelas contingências de única saída, ao tratamento hospitalar.

É dentro deste contexto que se deve ressaltar a potencial contribuição que a homeopatia, assim como todas as práticas integrativas, pode oferecer à mudança de paradigma no atendimento à saúde da população.

A proposta do SUS de hierarquização do atendimento em primário, secundário e terciário e a visão globalizante e sistêmica que visa compreender o adoecimento como um processo integrado à vida do sujeito são aspectos que surgem como uma ruptura do modelo assistencial hospitalar e coincidem com a concepção de abordagem diagnóstica e terapêutica da homeopatia. O SUS carrega em si a semente alternativa do modo de se praticar saúde pública, descentralizando o atendimento e focalizando como prioridade a atenção primária. Os motivos práticos e políticos detalhados do por que isso não ocorre fogem a esta análise.

Contudo, cabem algumas considerações. Segundo Novaes (2007, p. 59), *a atenção primária à saúde dar-se-á pelo conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitude, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária. O modelo de formação vigente, que se sustenta nos conteúdos das ciências biomédicas, concentrados nos aspectos de uma prática médica (...) com reduzida oferta de créditos para a saúde coletiva não correspondem integralmente aos princípios de uma visão globalizante do sujeito doente. Ao se ler com atenção a 3ª edição de SUS de A a Z — Garantindo Saúde nos Municípios (MS, 2009) somos esclarecidos. Sem desconsiderar a importância da assistência hospitalar, as prioridades atuais se revelam na atenção básica*

que se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos... (p. 43). Evidencia-se assim a proposta de deslocamento do objeto de estudo da doença para a sua prevenção e para a saúde e sua promoção. Além disso, confirma ser imprescindível a *mudança de objeto (da doença para o sujeito)* (p. 21) em uma *operacionalização de uma clínica ampliada que implica a abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, ou seja, na construção de um vínculo terapêutico visando aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos nos processos de produção de saúde*. Ora, nada mais coincidente com os princípios da homeopatia já demonstrados nesse livro. Ainda dentro desse contexto, o documento salienta que *humanizar a atenção à saúde é valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS*. Atesta que, para tanto, a integralidade é um princípio fundamental do SUS, garantindo *ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema*. O leitor se lembrará, conforme demonstrado em capítulos anteriores, que essas também são características básicas da terapêutica homeopática. Pela sua abordagem sistêmica e valorização dos sintomas sutis, muitas vezes anteriores à instalação da enfermidade orgânica, prevenção e promoção de saúde não são novidades ao médico homeopata.

Observa-se, na prática, que, apesar da diretriz ser clara e precisa, a rede de níveis de complexidade na atenção primária é extremamente frágil na maior parte do país. Os postos de saúde não são resolutivos e frequentemente os municípios priorizam investimentos em ambulâncias de transporte para hospitais de referência, os núcleos de atenção à família ainda são inoperantes e, ao fim e ao cabo, o doente acaba evoluindo em sua enfermidade, precisando da atenção terciária.

Contudo, o Portal da Saúde é claro em apontar que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) têm como objetivo *ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolutividade* (p. 219) e que *os serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas de forma a garantir o atendimento integral à população e a evitar a fragmentação das atenções à saúde* (p. 311). A proposta é genial. Aponta para a ruptura do modelo puramente biológico centrado no atendimento hospitalar da doença para a saúde do sujeito inserido em seu viver. No entanto, a prática ainda é débil. Em tese, tudo se encaixa. Urge a aproximação com outro critério também apontado no documento do MS: a necessidade de avaliar novas tecnologias em saúde *levando em consideração aspectos como eficácia, efetividade, segurança, custos, entre outros* (p. 49). É nesses parâmetros que se enquadra a proposta da homeopatia nos serviços públicos de saúde, tanto em assistência como em formação de recursos humanos que sustentem a abordagem do indivíduo doente como um todo psicossocial.

Conforme Novaes (2007, p. 52), *a conferência internacional de Alma-Ata, URSS, realizada em setembro de 1978, pela OMS, definiu como prioridade absoluta o acesso de toda a população mundial à atenção primária de saúde*

até o ano 2000. Podemos ver como estamos ainda defasados perante a intenção e sem a perspectiva imediata de instituição de tecnologias em recursos e práticas de saúde compatíveis com a meta. A mesma conferência indicou a utilização de práticas de Medicina Tradicional e de Práticas Alternativas de Saúde na atenção primária, dentre elas a Homeopatia.

No Brasil, foi instituída em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que regulamenta em detalhes o papel destas áreas na atenção à saúde. Diz o texto *SUS de A a Z — Portal da Saúde* (MS, 2009, p. 263):

O campo das Práticas Integrativas e Complementares contempla sistemas médicos (entre eles a Homeopatia) e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela OMS de medicina complementar/alternativa. Tais sistemas ou recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meios de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e sociedade... (assim como) a visão ampliada do processo saúde e doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente o auto cuidado.

Pode-se observar a semelhança dos objetivos terapêuticos da homeopatia e dos princípios que norteiam o SUS na atenção à saúde, reconhecidos pelo próprio MS.

Cabe salientar que, apesar da política aprovada, sua construção prática encontra-se em estágio embrionário com entraves diversos para seu desenvolvimento pleno, sejam financeiros, preconceituosos, administrativos ou políticos. Essa dificuldade de se aplicar a política ao nível nacional fere o princípio da equidade do SUS, na medida em que impede a escolha, por parte do usuário do serviço, do tipo e do tratamento que prefere ser submetido enquanto direito de sua cidadania. Ressalte-se o observado por Estrela (2006, p. 23) que *a avaliação do emprego dessas práticas [complementares e alternativas] passa tanto por populações de baixa renda, como na Etiópia e Índia (70% a 90%), quanto por populações dos países desenvolvidos como Canadá e França (50% a 70%), tanto quanto o financiamento público do tratamento homeopático realizado pelo parlamento inglês.*

Como o leitor já compreendeu, a Homeopatia propõe uma abordagem sistêmica da enfermidade onde é essencial conhecer o que faz o paciente sofrer, quais as conexões que o paciente faz de suas angústias com o corpo, em que órgãos ou sistemas ele apresenta tendência de se enfermar quando o desequilíbrio se instaura (...) quais suas sensibilidades e suscetibilidades (ESTRELA, 2006, p. 22), confirmando a virtude global da abordagem homeopática, enquanto no paradigma biomédico vale o reducionismo no diagnóstico anatomoclínico e sua *inadequação para lidar com a subjetividade e a singularidade do adoecer humano* (idem, p. 23).

Seguindo esta esteira de reflexões, reforça-se a capacidade de inovação, com relação ao modelo biomédico, e adequação da concepção homeopática às diretrizes do SUS:

1. Desloca o objeto do conhecimento da doença para a saúde
2. Repõe o sujeito doente como centro da atenção
3. Afirma a relação médico-paciente como elemento fundamental das terapêuticas
4. Afirma o diagnóstico dinâmico do sujeito inserido no seu contexto de vida social e afetiva
5. Ressalta o acolhimento da queixa do doente do modo como ela surge no discurso espontâneo, humanizando a assistência
6. Utiliza-se de uma tecnologia diagnóstica e terapêutica de baixo custo com igual ou maior eficácia em termos de manutenção de saúde ou prevenção de doenças, comparando-se aos utilizados em meios hospitalares
7. Promove a autonomia do paciente em relação a sua saúde
8. Retira o centro de atenção à saúde dos hospitais para o indivíduo e sua família

Todas essas diretrizes são compartilhadas pela abordagem homeopática da enfermidade e as proposições de planos assistenciais do SUS no sentido da valorização e ressignificação da vida humana, ao repor os valores de solidariedade da relação médico-paciente. O perfil do médico homeopata se encaixa perfeitamente ao modelo desejado de médico de família do PSF, por exemplo, uma vez que conhecer a pessoa, seu modo de vida, suas idiosincrasias, suas peculiaridades e seus familiares é imprescindível para a eficácia do tratamento.

É fundamental chamar atenção de que não será possível solucionar a crise de assistência à saúde sem se desligar da fixação no modelo hospitalar. A própria salvação do papel do hospital como atendimento terciário altamente especializado depende do fortalecimento da rede pública de atenção primária para que as estruturas hospitalares não fiquem sobrecarregadas. A abordagem sistêmica do sujeito doente promete maior capacidade de preservar a saúde e de prever doenças ao nível da atenção primária. A homeopatia assegura a investigação de enfermidades em seus momentos ainda potenciais no indivíduo através de uma tecnologia barata e precisa, com sua rica exploração patogênica dos medicamentos dinamizados, mesmo antes que a doença se fixe no sistema orgânico. Também em patologias com lesão orgânica (infecções bacterianas, exacerbação da asma ou outras doenças crônicas) a homeopatia pode ser extremamente útil aumentando os períodos remissivos, diminuindo a procura hospitalar ou de emergências, enfim, qualificando a vida do indivíduo, mesmo quando utilizada como tratamento coadjuvante. Enquanto os gestores da saúde pública não contemplarem o SUS com uma proposta clara de instalação de uma rede de atenção primária baseada na humanização, no acolhimento do doente e em uma visão integrada de tratamento, ou seja, sair da retórica para a aplicação concreta de uma política de saúde que incentive as práticas integrativas e complementares de medicina, não haverá nem saída e nem saúde no sistema de saúde brasileiro.

POSFÁCIO

O número insuficiente de patogenesias tem facilitado, em anos recentes, a difusão de teorias que valorizam a confecção de grupos de matérias médicas em função do reino da natureza do qual fazem parte ou pela soma de efeitos. Aqui se repete a mesma ideia empregada em relação à classificação de sintomas do caso clínico: o risco de formular preconceitos é muito grande. Ambos merecem um comentário específico:

1. Relativo ao reino da natureza: mineral, vegetal, animal. Neste caso, classifica-se o medicamento de acordo com algum critério arbitrário, a exemplo de qual reino da natureza a substância se origina e não em função de seus respectivos indicadores terapêuticos. Quem inaugurou o precedente para este tipo de raciocínio equivocado foi ninguém menos do que Samuel Hahnemann, quando classificou os remédios em antipsóricos, antisifilíticos e antisicóticos, em sua teorização sobre doenças crônicas.
2. Relativo à soma de sintomas: formam-se grupos de acordo com a proveniência química. Toma-se, por exemplo, o que se conhece de *Phosphorus* e de *Calcarea e*, reunindo-os, aplica-se à *Calcarea phosphorica*. Assim, os escassos dados conhecidos de algumas substâncias são transformados imprudentemente em temas e aplicados de forma especulativa na produção de matéria médica de outros compostos, mais desconhecidos ainda. Tal iniciativa transforma-se em suposto método quando se usa a tabela periódica como instrumento.

Tais engenhos despertam a atenção de muitos profissionais, porém KENT (1980, p. 272) assevera que *nada leva o médico tão seguramente ao fracasso como a classificação*. Pessoalmente, este autor nunca se interessou por abordagens desse tipo, permanecendo rente aos clássicos, segundo os quais, o interessante não é o que uma matéria médica tem em comum com as afins, mas em que ela se diferencia de seus pares e todo o resto. Qual é a sua peculiaridade? Quais traços a singularizam diante de todas as demais?

É necessário que isso fique bem claro para o estudioso porque o eixo da homeopatia é a singularidade. A tentativa de classificação das matérias médicas, sob qualquer pretexto, violenta a sua individualidade e assenta-se num preconceito. Imagine-se o medicamento como sendo uma cor. Misture-o

com outra, e depois com uma terceira, formando sucessivas duplas. Exemplo: vermelho; mescle com amarelo, verde, azul e roxo. Cada combinação suscitará o aparecimento de um tipo distinto. É possível identificar na cor resultante os traços de seus antigos componentes ou ela se transforma numa individualidade original? As novas mesclas têm algo em comum, que se possa relacionar com alguma das fontes? É muito provável que a resposta seja negativa para as questões acima propostas. Outra possível analogia em relação às cores, muito conhecida dos artistas plásticos: se misturadas, as cores primárias ou as complementares, seja entre o mesmo grupo ou de grupo diferente, a tendência é que se faça o marrom. O equivalente na matéria médica é que a aglutinação de efeitos sem critérios rigorosamente individualizantes tende a formar grandes grupos monocromáticos. De fato, o suposto tema de determinado conjunto provoca um eclipse na peculiaridade das que o integram. Relega-se a essência do método homeopático ao desprezo, perdendo-se a individualidade, reduzindo cada MM a coadjuvante ou mera faceta do grupo.

Acrescente-se que demonstra um reducionismo feroz quando se tenta transferir rigidamente as observações da química para o nível da física e, em especial, da biologia, cuja complexidade transcende em muito os limites das moléculas e suas transformações. Porém, o mágico volta a atrair alguns autores e eles lançam-se em fabulosos atalhos; assim, não se dando ao trabalho de executar experimentações, constrói-se uma matéria médica fictícia, inconsistente e com fundamento científico precário.

Entende-se que haja terrível angústia para aumentar as opções de medicamentos ao lidar com a enfermidade humana. Contudo, a precipitação não é boa companheira. Além disso, torna-se imprescindível aperfeiçoar-se como instrumento auxiliar na terapêutica. Olhando por esse prisma, ele constatará que o potencial de cura das pessoas mostra acentuada atrofia.

Ilustra-se: em sua primeira consulta, uma senhora de aproximadamente cinquenta anos de idade relatou ter cuidado de seu pai durante os últimos dez anos, portador de graves sequelas de acidente vascular cerebral. Queixou-se muito do abandono de seus dez irmãos, que a deixaram sozinha nessa árdua tarefa. Por extraordinária coincidência, em seu retorno — cerca de dois meses depois — ela referiu que seu pai havia falecido exatamente dezoito dias antes. Mas, que no todo, sentira uma melhora razoável. A dose única foi repetida, elevando-se a dinamização. Novo retorno, no mês seguinte, revelou a paciente ainda mais queixosa em função da ausência do pai — sentindo-se sem rumo —, o que era compatível com a intensificação de suas dores, diagnosticadas como fibromialgia.

Ora, se alguém não assimila a morte de um ente querido de noventa anos de idade, imobilizado no leito há uma década, e não transmuta sua tristeza em libertação, qual recurso poderá ajudá-la? A vida de cada um contém, em si mesma, experiências terapêuticas remissoras visando a conservação ou reconstituição da saúde. Mas, quando o indivíduo não se vale das oportunidades, tende a recorrer à atenção médica, psicológica, religiosa,

entre tantas... Porém, como já foi dito, tal criatura chega ao tratamento em condições desfavoráveis, pois é um *doente estável ou progressivo*. Acreditar que tudo se resume a encontrar o medicamento ideal ao caso é alimentar fantasia! Mesmo diante dos *millimum*, o sujeito terá que sofrer na própria pele o processo regenerativo. A mudança existencial que ele se recusou a fazer por indução das circunstâncias, o que ocasionou o surgimento de suas mazelas, agora se vê constrangido a executar como exigência absoluta para o seu próprio restabelecimento. Por isso, o resultado exprime muitas vezes a capacidade de aproveitamento do indivíduo em relação ao efeito do remédio, surpreendendo ou frustrando o prognóstico, o qual contemplou apenas a adequação da matéria médica ao caso clínico, esquecido de analisar a trajetória de vida da pessoa.

Finalmente, é necessário destacar a importância da patogenesia no edifício da ciência homeopática. Qualquer fuga desse núcleo acarreta dissabores e prejuízos, mesmo quando colorida de ingênua boa vontade, como é a supervalorização dos efeitos colaterais das substâncias químicas no papel de indicadores terapêuticos. O máximo que eles possibilitam é o uso através do *mosaico*, não dando ensejo à individualização devido à ausência de dados peculiares, sem os quais diminui muito a possibilidade de se atingir, no paciente, o salto qualitativo que o método sistêmico costuma proporcionar.

Compete ao profissional o inalienável dever de realizar experimentações em pequenos grupos, estudar a matéria médica obtida, publicar os resultados e abrir-se para as discussões subsequentes. A diretriz de Hahnemann nesse aspecto permanece intocável e resta ao discípulo apenas seguir suas orientações e exemplo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, J.L.P. *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. 3 ed. Lisboa: Gulbekian, 2002. 277p.
- ADLER, U.C. *et al.* The Harmful Cure Observed by Hering and Kent in Contrast to HAHNEMANN's Concept of Gentle Restoration of Health. *Homeopathic Links* 2006; 19(3):121-127.
- AFGHANI, B., LIEBERMAN, J.M. Paradoxical Enlargement or Development of Intracranial Tuberculomas during Therapy: Case Report and Review. *Clinical Infectious Diseases*, Vol. 19, No. 6 (Dec., 1994), pp. 1092-1099. Disponível no site: <http://www.jstor.org/stable/4458220>. Acesso em 19.jul.2010.
- AL-HUNITI, N.H. *et al.* Pharmacokinetic/Pharmacodynamic Analysis of Paradoxal Regulation of Erythropoietin Production in Acute Anemia. *Journal of Pharmacology And Experimental Therapeutics Fast Forward*, First published on February 26, 2004; DOI: 10.1124/jpet.104.066027. Disponível no site: <http://jpet.aspetjournals.org/cgi/content/full/310/1/202>. Acesso em 26.08.2008.
- ALLEN, H.C. *Keynotes and Characteristics with Comparisons*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- ALLEN, H.W. *et al.* *The Herxheimer Effect*. 1991. Disponível no site: <http://www.arthritistrust.org/Articles/The%20Herxheimer%20Effect.pdf>. Acesso em 18.jul.2010.
- ALLEN, T.F. *Encyclopedia of Pure Materia Medica*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- AMARAL, M.T.C.G. *Prognóstico clínico dinâmico*, 2009. Disponível no site: <http://www.homeopatiaveterinaria.com.br/prog.htm>. Acesso em 28.jul.2010.
- AMATO NETO, V.; BALDY, J.L.S. *Doenças Transmissíveis*. 3ª ed. São Paulo: Sarvier, 1991. 929p.
- AMORIM, M. *A Homeopatia na Prevenção das Doenças de Origem Ambiental por Agrotóxicos: Um Estudo de Caso com Engenheiros Agrônomos e Técnicos Agrícolas*. 117 f. Dissertação de mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ. 2003.
- ANDERSON, J. *et al.* Primary and secondary syphilis, 20 years' experience 3: diagnosis, treatment, and follow up. *Genitourin Med* 1989;65:239-243. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1194359/>. Acesso em 17.jul.2010
- ANDRADE, V.A.; GROSS, J.L.; MAIA, A.L. Tratamento do Hipertireoidismo da Doença de Graves. *Arq Bras Endocrinol Metab*, vol.45no.6São PauloDec.2001. Disponível no site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000600014. Acesso em 18.jun.2010.
- AURÉLIO ELETRÔNICO. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio. 2004. Versão 5.11a.
- AVELLEIRA, J.C R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. *An. Bras. Dermatol.*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 2, Mar.2006. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n2/v81n02a02.pdf>. Acesso em 14.jul.2010.
- AZAMBUJA, R. S. Casos dos Mestres Traduzidos e Comentados. *Revista de Homeopatia*. 2008;71(1/4):74-78. Disponível no site: <http://www.aph.org.br/revista/index.php/aph/article/view/10/16>. Acesso em 20.jul.2010.

- AZAMBUJA, R. S. *Enfermidade Artificial, Linguagem e Experiência Autopoiética*. Inédito 1.
- AZAMBUJA, R. S. *Enfermidade e Caos*. Inédito 2.
- BABYLON — dicionário on-line. Disponível no site: <http://biblioteca.uol.com.br/>. Acesso em 10.jul.2011.
- BAEHR, B. Treatment. In: *The Science of Therapeutics, According to the Principles of Homeopathy*. Vol. II. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- BANDOEL, M.C. *Fundamentos Filosóficos de la Clínica Homeopática*. Buenos Aires: Albatros, 1986. 432p.
- BANERJEE, P. *Chronic Disease, its Cause and Cure*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- BARROS, A.M. *et al.* Neurosífilis. *Arquivos de Medicina*, 19(3): 121-129. 2005. Disponível no site: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/am/v19n3/v19n3a05.pdf>. Acesso em 14.jul.2010.
- BATTAGLIA, D. *et al.* Reversible aphasic disorder induced by lamotrigine in atypical benign childhood epilepsy, *Epileptic Disorders*. Volume 3, Número 4, 217-22, December 2001. Disponível no site: <http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/medecine/bdc/e-docs/00/01/AD/DC/article.phtml>. Acesso em 18.jul.2010.
- BENDIT, I. Biologia Molecular. In: Marcondes E. *et al.* *Pediatria Básica*. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2003. v.2. p. 923-6.
- BERK, M. *et al.* Nail-biting stuff? The effect of N-acetyl cysteine on nail-biting. *CNS Spectr.* 2009 Jul;14(7):357-60. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19773711>. Acesso em 14.out.2010.
- BERMAN, S.M. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ* vol.82 no.6 Genebra June2004. Disponível no site: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862004000600009. Acesso em 13.jul.2011
- BETTING, L.E.; GUERREIRO, C.A.M. Partial epilepsies treatment. *J. epilepsy clin. neurophysiol.*, Porto Alegre,2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-26492008000600005&lng=en&nrm=iso>.Access on22.jul.2010.
- BIRNBAUM, R.N.; GOLDSCHMIDT, R.H.; BUFFET, W.O. Resolving the Common Clinical Dilemmas of Syphilis. *American Family Physician*, 1999. Disponível no site: <http://www.aafp.org/afp/990415ap/2233.html>.Acesso em 19.jul.2010.
- BOERICKE, W. *Pocket Manual of Homeopathic Materia Medica*. 2009. Disponível no software Encyclopaedia Homeopathica.
- BOGLIOLO, L. *Patologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 1328p.
- BOOKSHELF 94. Microsoft Bookshelf, 1994.
- BOURGEAULT, G., DAISAKU, I., SIMARD, R. Saúde e Harmonia. In: _____. *Ser Humano*. Londrina: Eduel, 2007. p. 88-92.
- BOYLE, J.L. A Conceção Antiga de Símile. *Selecta Homeopathica*, Rio de Janeiro, IJTK, v.2 n.1, p. 5-54, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Dermatologia na Atenção Básica de Saúde*. Caderno número 9. Brasília: MS, 2002. 142p. Disponível no site: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guiafinal9.pdf>. Acesso em 04.jul.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios*. Brasília-DF, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa para o PPSUS*. Brasília: MS, 2010. 75p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 7 ed. Brasília: MS, 2010b. 816p. Disponível no site: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/guia_vigilancia_epidemiologia_2010_web.pdf. Acesso em 03.jul.2011.

- BREILH J. *Epidemiologia Crítica — Ciência Emancipadora e Interculturalidade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. 317p.
- BREILH, J. Reprodução Social e Investigação em Saúde Coletiva. Construção do Pensamento e Debate. p. 137-166. In: COSTA, D.C. (Org). *Epidemiologia: Teoria e Objeto*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1990. 220p.
- BRICKS, L.F. Analgésicos, antitérmicos e anti-inflamatórios não hormonais: Toxicidade — Parte I. *Pediatria* (São Paulo), 20(2): 132-136, 1998. Disponível no site: <http://pediatria.saopaulo.usp.br/upload/pdf/365.pdf> Acesso em 10.mai.2011.
- BRYCESON, A.D.M. Clinical Pathology of the Jarisch-Herxheimer Reaction. *The Journal of Infectious Diseases*, Vol. 133, No. 6 (Jun., 1976), pp. 696-704. Disponível no site: <http://www.jstor.org/stable/30107281>. Acesso em 14.jul.2010.
- BUTLER, T. *et al.* Borrelia recurrentis Infection: Single-Dose Antibiotic Regimens and Management of the Jarisch-Herxheimer Reaction. *The Journal of Infectious Diseases*, Vol. 137, No. 5 (May, 1978), pp. 573-577. Disponível no site: <http://www.jstor.org/stable/30111355>. Acesso em 14.jul.2010.
- CAMPANA, A.O. *Investigação Científica na Área Médica*. São Paulo: Manole, 2001. 245p.
- CANDEGABE, E.F. Anotações de aulas durante o curso de formação na Escuela Medica Homeopática Argentina, 1979.
- CAPRA, F. *As Conexões Ocultas*. São Paulo: Cultrix, 2002. 296p.
- CAPRA, F. *O Ponto de Mutação* — 2ª edição. São Paulo: Cultrix, 1987. 452p.
- CAPRA, F. *O Tao da Física*. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 1986.
- CAPRA, F. *Teia da Vida*. São Paulo: Cultrix, 1996. 256p.
- CARRARA, S. Entre Cientistas e Bruxos — Ensaio sobre Dilemas e Perspectivas da Análise Antropológica da Doença. p. 33-46. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M.C.S. *Saúde e Doença — Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 174p.
- CAZARIN, G. *Doenças Hematológicas e ambiente: estudo do registro de condições de risco em serviço especializado*. 2005. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz — Departamento de Saúde Coletiva, Recife. Disponível no site: <http://www.higieneocupacional.com.br/download/hemato-cazarin.pdf>. Acesso em 29.jul.2011.
- CHAPPELL, P. *The Second Simillimum*. Holanda: Homeolinks, 2005. 215p.
- CHOFFAT, F. *Homeopatia e Medicina*. São Paulo: Edições Loyola, 1996. 326p.
- CHOI, Y.W. *et al.* Tuberculous Pleural Effusion: New Pulmonary Lesions during Treatment. August 2002. *Radiology*, 224, 493-502. Disponível no site: <http://radiology.rsna.org/content/224/2/493.full.pdf+html>. Acesso em 13.jul.2010.
- CLARKE, J.H. *Dicionário de Matéria Médica Prática*. Disponível no software Radar/ Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde — CID 10*. Organização Mundial da Saúde. São Paulo: Ed. USP, 1997.
- CLOSE, S.M. *The Genius of Homeopathy: Lectures and Essays on Homeopathic Philosophy*, 2000. Disponível no site: <http://homeoint.org/books4/close/index.htm>. Acesso em 31.out.2010.
- COMPTON'S Interactive Encyclopedia. Compton's NewMedia, Inc, 1995.
- CONEJO, S.P. *O Homem e a Obesidade — Excessos e Faltas: corpos que contam histórias*. Dissertação (Mestrado — Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) — Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Disponível no site: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/cp089063.pdf>. Acesso em 23.jun.2011
- CORDEIRO, J.C.D. *Manual de Psiquiatria Clínica*. 2ª ed. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2002. 811p.
- COULTER, H.L. *Homeopathic Medicine*. Virginia: Formur Publishers, 1972. 73p.

- COULTER, H.L. *Homeopathic Science and Modern Medicine*. N.A. Books, 1980.170p.
- COULTER, L.H. *Divided Legacy. The Conflict Between Homeopathy and the American Medical Association*. Richmond: N.A. Books, 1982. 552p.
- CRUZ, A.C.G. Instituto Mineiro de Homeopatia. Curso de Formação. Anotações de aula — 2000.
- CRUZ, A.C.G. Instituto Mineiro de Homeopatia. Mensagem pessoal recebida por <gilbertorv@uol.com.br> em 2008.
- CUSTIS, J.B.G. É Científico o Estudo das Drogas por Sintomas Produzidos sobre a Saúde dos Indivíduos? *Selecta Homeopathica*, Rio de Janeiro: v.10 — n.1- janeiro-jun 2002. Luz Menescal Ed. 2002.
- DABBAH, F. *O Sintoma Característico*. Rio de Janeiro: IJTK, 1990. 64p.
- DANTAS, E; COLTRI M. *Comentários ao Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009*. Rio de Janeiro: GZ Ed., 2011. 546p.
- DANTAS, F.; RAMPES, H. Do homeopathic medicines provoke adverse effects? A systematic review. *British Homeopathic Journal* (2000) 89, Suppl 1, S35±S38. Disponível no site: http://balcas.com.co/cinac/pdf/adversos_homeopatia.pdf. Acesso em 28.set.2010
- DEJOURS, C. *O Corpo — Entre a Biologia e a Psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 184p.
- DETINIS, L. *Semiologia Homeopática*. Buenos Aires: Albatros, 1987.
- DIAS-TOSTA, E.; KUCKELHAUS, C.S. Guillain Barré syndrome in a population less than 15 years old in Brazil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 60, n. 2B, June 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000300005&lng=en&nrm=iso>. Access on 22.Sept. 2010.
- DiGIOVANI, J.; VULIMIRI, S.V. Carcinogênese. In: POLLOK *et al. Manual de Oncologia Clínica da UICC*. 8. ed. São Paulo: Wiley Pub & FOSP, 2006. 919 p.
- DUDGEON, R.E. *Escritos Menores de Samuel Hahnemann*. São Paulo: Organon, 2006. 766p.
- DUDGEON, R.E. Sobre a Experimentação Medicamentosa. *Selecta Homeopathica*, Rio de Janeiro: v.10 — n.1- janeiro-jun 2002. Luz Menescal Ed. 2002.
- DUDGEON, R.E. *Sobre o Medicamento Específico e Ensaio sobre uma Teoria da Cura*. *Selecta Homeopathica*, v.11 — n.1. Luz Menescal Ed. Rio de Janeiro, 2003.
- DUNHAM, C. Homeopatia: Ciência Terapêutica. *Selecta Homeopathica*, Rio de Janeiro: v.8 — n.1, p. 8-55. 2000.
- EINSTEIN, A. *Evolução da Física*. São Paulo: Nacional, 1939.
- EIZAYAGA, F.X. *Tratado de Homeopatia*. Buenos Aires: Marecel, 1972. 314p.
- ELIZALDE, M.A. Curso de Aperfeiçoamento em Homeopatia pela Associação Paulista de Homeopatia. Anotações de aulas. São Paulo, 1980.
- ELIZALDE, M.A. *Homeopatia — teoria e prática*. Rio de Janeiro: Luz Menescal Ed., 2004. 281p.
- ESTRELA, W.L. *Integralidade no cuidado nas medicinais naturais: a resposta dos usuários ao medicamento homeopático*. 2006. 123p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Política, Planejamento e Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Disponível no site: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/>. Acesso em 28.set.2010.
- EYER-SILVA, W.A. *et al.* Paradoxical reaction to the treatment of tuberculosis uncovering previously silent meningial disease. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 35, n. 1, Feb. 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822002000100011&lng=en&nrm=iso>. Access on 12 July 2010.
- FACHINELLO, C.S. *et al.* APLICAÇÕES PARA O 'SPECTROGRAM'. 2005. UFRGS — Instituto de Física. Disponível no site: <http://www.if.ufrgs.br/mpef/Hipermidias/Mutzenberg/arq/tr02.pdf>. Acesso em 30.jul.2011.

- FARLEY, R.H. Seleção de Rubricas Para Repertorização. *Selecta Homeopathica*. Rio de Janeiro, 4(2): 50-58, jul/dez 1996.
- FAVA, G.A. Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *J Clin Psychiatry*. 2003 Feb;64(2):123-33. Disponível no site: http://madinamerica.com/madinamerica.com/Depression_files/Can%20long-term%20treatment%20with%20antidepressant%20drugs%20worsen%20the%20course%20of%20depression.pdf. Acesso em 20.jul.2010.
- FERNANDES, H.B. *Antropociências da Psiquiatria e da Saúde Mental*. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 1998. 903p.
- FERREIRA, J. O Corpo Sínico. p. 101-112. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M.C.S. *Saúde e Doença — Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 174p.
- FISH, F.C. A Lei da Similitude e os Três Níveis de Cura em Homeopatia. São Paulo: *Rev. Homeopatia*; (172):32-41, jan-mar. 1987.
- FOCCHI, Guilherme R. de Azevedo; SCIVOLETTO, Sandra; MARCOLIN, Marco Antônio. Potencial de abuso de drogas dopaminérgicas. *Rev. Bras. Psiquiatr*, São Paulo, v. 22, n. 3, Sept. 2000. Disponível no site: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24.out. 2011.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 5ª ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Univ, 2001. 241 p.
- FRANÇOSO, L. A.; GEJER, D.; REATO, L.F.N. *et al. Sexualidade e Saúde Reprodutiva na Adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2001. 303p.
- FREEMAN, W.H. Nomenclatura dos Sintomas e Sua Relação Com o Repertório e a Ciência Homeopáticas. *Selecta Homeopathica*. Rio de Janeiro, 11 (2):39-58, jul-dez 2003.
- GANDHI, M.K. Disponível no site: <http://www.usinadeletras.com.br/exibelotexto.php?cod=39317&cat=Frases&vinda=S>. Acesso em 10.set.2010
- GARCIA, H.H. *et al.* Albendazole therapy for neurocysticercosis: A prospective double-blind trial comparing 7 versus 14 days of treatment. *Neurology* 1997 48: 1421-1427. Disponível no site: <http://www.neurology.org/cgi/content/abstract/48/5/1421>. Acesso em 22.jul.2010.
- GARCIA, M.I.N. O processo de construção do conhecimento. Textos preparatórios para o seminário de Matéria Médica Dialética. *Centro de Estudos Homeopáticos de Londrina — CEHL*, 2007.
- GATHAK, N. *Enfermedades Crônicas — Su Causa e Curacion*. Pag 25. Ed. Albatros. Buenos Aires, 1978. 278p.
- GEBAUER, G.H. *Una Nueva Teoria Acerca de las Diluiciones Homeopáticas*. 2002. Disponível no site: <http://homeoint.org/books3/diluiciones/diluciones.htm>. Acesso em 28.08.2010
- GENBERG, H. *Doença — Um Estudo Filosófico*. 20ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 137p.
- GIBSON, D.M. Basic Principles. *Elements of Homeopathy*. Disponível no software Radar/ Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- GIRODET, P. O. *et al. Fundamental & Clinical Pharmacology*, Volume 19, Number 2, April 2005, pp. 179-186(8). Disponível no site: <http://www.ingentaconnect.com/content/bsc/fcp/2005/00000019/00000002/art00007>. Acesso em 26.ago.2008.
- GOLDIM, J.R; FLECK, M.P. Ética e Relato de Casos Individuais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 32, n. 1, Mar. 2010. Disponível no site: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 01 dez 2012.
- GONÇALVES, S.; MARTINS, A.P. Valeriana officinalis. *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*. 2006. Disponível no site: http://revistasaude.ulusofona.pt/Arquivo/numero6/pdf06/cbf3_06.pdf. Acesso em 26.ago.2008.

- GRANIER, M. *Conferences upon Homeopathy*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- GRANT, J.E.; ODLAUG, B.L.; KIM, S.W. N-acetylcysteine, a glutamate modulator, in the treatment of trichotillomania: a double-blind, placebo-controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Jul;66(7):756-63. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19581567>. Acesso em 14.out.2010.
- GRAY, A. *Mosquito borne-disease. A Homeopathic Proving of Mosquito Culex Pervigilans*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- GRIMMER, A. Observações Acerca da Ação Curativa dos Medicamentos. *Selecta Homeopathica*, Rio de Janeiro: 10(2): 17-20, jul/dez 2002.
- GUPTA, A.K. *et al*. NAC: Still the Way to go. *Crit Care*. 2009; 13(3): 411. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2717452/?tool=pubmed>. Acesso em 14.out.2010.
- GUPTA, R.C *et al*. Development of Pleural Effusion in Patients during Anti-Tuberculous Chemotherapy: Analysis of Twenty-Nine Cases with Review of Literature. *Indian J Chest Dis Allied Sci* 2000; 42: 161-166. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11089320>. Acesso em 29.set.2010.
- GÜRSES, C. *et al*. Neurosyphilis presenting with status epilepticus. *Epileptic Disorders*. Volume 9, Number 1, 51-6, March 2007. Disponível no site: http://www.jle.com/e-docs/00/04/2A/E7/vers_alt/Version20PDF.pdf. Acesso em 13.jul.2011.
- HABERMAS, J. *O Discurso Filosófico da Modernidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 540p.
- HAEHL, R. *Samuel Hahnemann his Life and Work*. 2 vol. Tradução para o inglês: Marie L. Wheeler and W.H.R. Grundy. New Delhi: B.J. Publishers, 1971.
- HAHNEMANN S. *Lesser Writings*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel.
- HAHNEMANN, S. *Chronic Diseases/Pure Materia Medica*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009. New Delhi: BJ Publishing, 19--. vol I e II.
- HAHNEMANN, S. *Organon de la Medicina*. 6. ed. Nova Delhi: B.J. Publishers, 1994.
- HATCHER, R.A (Org). *Pontos Essenciais da Tecnologia de Anticoncepção*. Escola de Saúde Pública John Hopkins. Baltimore, 2001. s/p.
- HAYES, R. Uma Apreciação do Valor Comparativo dos Sintomas. *Selecta Homeopathica*. Rio de Janeiro, 11 (2):3-15, jul-dez 2003.
- HEMPEL, C.J. *A New and comprehensive system of materia medica and therapeutics: arranged upon a physiologico-pathological basis, for the use of practitioners and students of medicine*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- HERING, C. As Três Regras Hahnemannianas sobre a hierarquia dos sintomas. Tradutor: Gilda Campos. *Selecta Homeopathica*, 5(2):83-89. Original title: The Three Hahnemannian Rules about the hierarchy of the symptoms. Luz Menescal Ed. Rio de Janeiro, 1997.
- HERING, C. *Guiding Symptoms*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009. New Delhi: BJ Publisher, 1980 (Reprint). 10 vol.
- HERITAGE, American Heritage Dictionary of the English Language. 3 ed. 1992. Disponível no site: <http://dictionary.reference.com/browse/heritage>. Acesso em 07.jun.2011
- HEXSEL, A.M. *Resposta antidepressiva aguda ao metilfenidato na depressão maior: ensaio clínico randomizado duplo cego*. 2004. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Disponível no site: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/4442/000411854.pdf?sequence=1> Acesso em 09.mai.2011.

- HEYMAN, A.; SHELDON, W.; EVANS, L.D. Pathogenesis of the Jarisch-Herxheimer Reaction — A Review Of Clinical And Experimental Observations. *Br J Vener Dis.* 1952 June; 28(2): 50—60. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1053806/?page=1>. Acesso em 17.jul.2010.
- HOUGHTON, J.; HALAHAN, E. *The homeopathic proving of Lac human*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- HUGHES, R. *A Manual Pharmacodynamics*. New Delhi: B.Jain, Reprint Edition, 2001. 962p.
- HUGHES, R. *The knowledge of Disease*. The Principles and Practice of Homeopathy. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- INFECTIVIDADE. Disponível no site: <http://www2.inf.furb.br/sias/saude/Textos/infectividade.htm>. Acesso em 30.ago.2006.
- IVFRJ — Instituto Virtual de Fármacos do Estado do Rio de Janeiro. Disponível no site: http://www.ivfrj.ccsdecania.ufrj.br/ivfonline/edicao_0013/terminologia.html. Acesso em 21.jan.2012.
- JAHR, G.H.G. *A Prática da Homeopatia: Princípios e Regras*. Rio de Janeiro: GEHJTK, 1987. 351p.
- JAMES, L.P. *et al.* Acetaminophen-Associated Hepatic Injury: Evaluation of Acetaminophen Protein Adducts in Children and Adolescents With Acetaminophen Overdose. *Clin Pharmacol Ther.* 2008 December; 84(6): 684—690. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929246/?tool=pubmed>. Acesso em 14.out.2010.
- JARISCH-HERXHEIMER REACTION. *Br Med J.* 1967 February 18; 1(5537): 384. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1841580/pdf/brmedj02123-0030.pdf>. Acesso em 21.jul.2010.
- KENT, J.T. *Como Estudar o Repertório*. Rio de Janeiro, 3(2):63-66, jul/dez 1995.
- KENT, J.T. *Lectures on Homeopathic Philosophy*. Nova Delhi: B.J. Publishers, 1970.276p.
- KENT, J.T. *New Remedies Clinical Cases Lesser Writings*. New Delhi: B.J. Publishers, 1980. 698p.
- KISS, M.H.B.; LOTITO, A.P.M. Artrite Reumatóide Juvenil. In: MARCONDES, E *et al.* *Pediatria Básica*. São Paulo: Sarvier, 2003. 984p. v.2.
- KONRAD, M. *Diffusion*. 2005. Disponível no site: http://www.sciencesart.com/A_Diffus/DiffusMain_1.html. Acessado em 13/fev/2007.
- KUMARI, L.A. *et al.* Dual Stromelysin-3 Function during Natural Mouse Mammary Tumor Virus-ras Tumor Progression. *Cancer Research* 63, 5844-5849, September 15, 2003. Disponível no site: <http://cancerres.aacrjournals.org/cgi/content/full/63/18/5844>. Acesso em 26.ago.2008
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atlas, 2001.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. *Metodologia Científica*. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2004. 305p.
- LAVOIE, S. *et al.* *Glutathione Precursor, N-Acetyl-Cysteine, Improves Mismatch Negativity in Schizophrenia Patients*. *Neuropsychopharmacology (2008)* 33, 2187—2199; doi:10.1038/sj.npp.1301624. Disponível no site: <http://www.nature.com/npp/journal/v33/n9/full/1301624a.html>. Acesso em 25.jul.2011
- LEFÈVRE, F. *O Medicamento como Mercadoria Simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991. 159p.
- LÉVY, P. *As Tecnologias da Inteligência*. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1993. Reimpressão. 208p.
- LÉVY-LEBLOND, J.M. *O pensar e a prática da ciência: antinomias da razão*. Bauru: EDUSC, 2004. 416p.
- LILIENTHAL, S. *Homeopathic Therapeutics*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.

- LINKS, HOMEOPATHIC. 1999, Autumn Cases, Case 2. Disponível no software Radar/ Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- LIPTON, H.L. *A Biologia da Crença*. São Paulo: Butterfly Ed, 2007. 255p.
- LOH, W. A Técnica de Dispersão de Taylor para Estudos de Difusão em Líquidos e suas Aplicações. *Quím. Nova* vol.20 no.5 São Paulo Sept./Oct.1997. Disponível no site:
- LOOS, J.C. Um Breve Trabalho Repertorial. *Selecta Homeopathica*. Rio de Janeiro, 4(2): 94-102, jul/dez 1996.
- LÓPEZ, M. *Emergências Médicas*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1979. 993p.
- LUZ, M.T. *A Arte de Curar versus A Ciência das Doenças: a história social da homeopatia no Brasil*. São Paulo: Dynamis, 1996.
- MANADAS, R.; PINA, M.E.; VEIGA, F. A dissolução *in vitro* na previsão da absorção oral de fármacos em formas farmacêuticas de liberação modificada. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. vol. 38, n. 4, out./dez., 2002.
- MALOY, A.L, BLACK, R.D., SEGUROLA Jr., R.J. Lyme Disease Complicated by the Jarisch-Herxheimer Reaction. *The Journal of Emergency Medicine*, 1998. Disponível no site: [http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(98\)00011-0/abstract](http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(98)00011-0/abstract). Acesso em 14.jul.2010.
- MARCONDES, E. *et al. Pediatria Básica*. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002. 843p. v.1-3.
- MARGARIDO, L.C. Moléstia de Hansen. In MARCONDES, E. *et al. Pediatria Básica*. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2004. 749p. v.3.
- MARIM, M. *Brosimum gaudichaudii — Experimentação Pura*. São Paulo: Organon, 1998.
- MARINELLA, M.A. Jarisch-Herxheimer reaction. *West J Med*. 1996 September; 165(3): 161—162. Disponível no site:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1303735/?page=2>. Acesso em 14.jul.2010
- MASSAD, E. Introdução. In: MASSAD, E. *et al. Métodos Quantitativos em Medicina*. São Paulo: Manole, 2004. 561p.
- Mc'LAREN, D.C. Agravações Benéficas. *Selecta Homeopathica*, vol 5, número 1. Luz Menescal Ed. Rio de Janeiro, 1997.
- MEDEIROS, E.H.G.R. Doenças Sexualmente Transmissíveis. In: VITALLE M.S.S. et MEDEIROS E.H.G.R. *Guia de Adolescência — Uma abordagem ambulatorial*. São Paulo: Manole, 2008. 650p.
- MEDRONHO, R. (Org). *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MEIRA Jr, C.M.; TANI, G.; MANOEL, E.J. A estrutura da prática variada em situações reais de ensino-aprendizagem. *REV. Bras. Ciên. E Mov*. 9 (4): 55-63, 2001. Disponível no site: http://www.ucb.br/Mestradoef/RBCM/9/9%20-%204/ar_9_4_8.pdf. Acesso em 26.ago.2008.
- MELO, C.L. *China officinalis — Estudo Psicofísico Dinâmico*. Publicação virtual em 15/12/2007. Disponível no site: http://www.cesaho.com.br/biblioteca_virtual/arquivos/arquivo_11_cesaho.pdf. Acesso em 26.out.2010
- MENÉNDEZ, E.L. Antropologia Médica e Epidemiologia. Processo de Convergência ou Processo de Medicalização? In: ALVES, C.A.; RABELO, M.C. *Antropologia da Saúde — traçando identidade e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Relume Dumará, 1998. p. 71-93.
- MESQUITA, C.H. *Soluções Cintiladoras — Apontamentos Relativos à Física, Instrumentação, Metodologia e Aplicações Práticas*. Série Informações IPEN. Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares. Disponível no site: <http://www.iaea.org/inis/collection/NCLCollectionStore/Public/12/622/12622791.pdf>. Acesso em 08.ago.2011.
- MICHAELIS. *Moderno Dicionário da Língua Inglesa*. Editora Melhoramentos Ltda, 2007. Disponível no site: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/ingles/index.php?lingua=ingles-portugues>. Acesso em 25.set.2010.

- MILLEA, P. J. N-Acetylcysteine: Multiple Clinical Applications. *Am Fam Physician*. 2009 Aug 1;80(3):265-9. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19621836?dopt=Abstract>. Acesso em 14.out.2010.
- MILLER, R.G. Valor Comparativo dos Sintomas na Seleção do Remédio. *Selecta Homeopathica*. Rio de Janeiro, 11 (2):16-38, jul-dez 2003.
- MÖLLER, H.-J. Is there evidence for negative effects of antidepressants on suicidality in depressive patients? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Volume 256, Number 8 / December, 2006.
- MORRISON, R. *Burg Haamstede*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- MOUSSAWI, K. *et al.* N-Acetylcysteine reverses cocaine-induced metaplasticity. *Nat Neurosci*. 2009 Feb;12(2):182-9. Epub 2009 Jan 11. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19136971>. Acesso em 14.out.2010.
- MURPHY, R. *Homeopathic Medical Repertory*. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- NAGAMOTO, H.T. Antipsicóticos. p. 320-328. In: JACOBSON, J.L. et JACOBSON, A.M. *Segredos em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 632p.
- NARITA, M. *et al.* Paradoxical Worsening of Tuberculosis Following Antiretroviral Therapy in Patients with AIDS. *Am. J. Respir. Crit. Care Med*. 158: 157-161. 1998. Disponível no site: <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/content/abstract/158/1/157>. Acesso em 13.jul.2010
- NEGUSSIE, Y. *et al.* Detection of plasma tumor necrosis factor, interleukins 6, and 8 during the Jarisch-Herxheimer Reaction of relapsing fever. *J Exp Med*. 192 May 1;175(5):1207-12. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1569394>. Acesso em 17.jul.2010.
- NEW ENGLAND JOURNAL OF HOMEOPATHY. *Ever since a head injury*. Vol 4 número 2, 1995. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- NOVAES, A.R.V. *A Medicina Homeopática: Avaliação de Serviços*. Dissertação de Mestrado. Saúde Coletiva do Centro das Ciências da Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2007.
- NÚÑEZ, I.B.; NEVES, L.S.; RAMALHO, B.L. Uma reflexão em relação ao estudo da mecânica quântica: o caso do princípio da incerteza. *Revista Iberoamericana de Educación*. [2001?]. Disponível no site: <http://www.rioei.org/deloslectores/Beltran.PDF>. Acesso em 01.ago.2011.
- OGA, S.; CAMARGO M.M.A.; BATISTUZZO, A.O. *Fundamentos de Toxicologia*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 677p.
- OGA, S.; SIQUEIRA M.E.P. B. Introdução à Toxicologia. In: OGA, S.; Camargo, M.M.A.; Batistuzzo, A.O. *Fundamentos de Toxicologia*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 2008. 677p.
- OKONEK, S. Intoxication with Pyrazolones. *Br. J. clin. Pharmacol.* (1980), 10, 385S-390S. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1430168/pdf/brjclinpharm00214-0166.pdf>Acesso em 10.mai.2011.
- OKUNO, E.; CALDAS, I.; CHOW, C. *Física para Ciências Biológicas e Biomédicas*. São Paulo: Harper e Row, 1982. 490p.
- OLDS, C.L. Experimentação Drogal. *Selecta Homeopathica*. v. 9(1):88-91. Rio de Janeiro: Luz Menescal, 2001.
- ONWUBALILI, J. K.; SCOTT, G.M.; SMITH, H. Acute Respiratory Distress Related to Chemotherapy of Advanced Pulmonary Tuberculosis: A Study of Two Cases and Review of the Literature. *QJM (1986) 59 (3): 599-610*. Disponível no site: <http://qjmed.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/59/3/599>. Acesso em 12.jul.2010.
- OPROMOLLA, D.V.A. Aspectos Gerais sobre Hanseníase. *Cirurgia Reparadora e Reabilitação em Hanseníase*, 1997. Disponível no site: http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/livros/DUERKSEN,%20FRANK/introducao/PDF/aspec_hansen.pdf

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Farmacovigilância. Disponível no site: <http://www.farmacovigilanciasl.com.ar/archivos/valcecia.pdf>. Acesso em 11.jun.2008.
- ORTEGA, N.R.A. Lógica Fuzzy. In: MASSAD, E. *et al. Métodos Quantitativos em Medicina*. São Paulo: Manole, 2004. 561p.
- PASCHERO, T.P. *Homeopatia*. Buenos Aires: San Martin, 1973. 612p.
- PDAMED — Dicionário de Termos Médicos 2007. Disponível no site: http://www.pdamed.com.br/diciomed/pdamed_0001_06373.phpAcesso em 26.jul.2011
- PERESTRELLO, D. *A Medicina da Pessoa*. 5ª ed. São Paulo: Atheneu, 2006. 260p.
- PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. *Problemas Atuais de Bioética*. 4ª ed. São Paulo: Loyola, 1997. 583p.
- PESSOA, S. *Ensaio Médico-Sociais*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983. 380 p.
- PESSOA, V. *Contribuição ao estudo da hiperatividade: determinação de índices para avaliação de comportamento irrequieto e alternativa de tratamento através de música*. Tese de doutorado. São Paulo: USP, 1995. Disponível no site: http://www.thotkom.com.br/VeraHelenaPessoa/Tese00_02.HTML. Acesso em 20.jun.2008
- PHILIPPE, P. Teoria do Caos e Sistemas Complexos em Epidemiologia. In: ALMEIDA FILHO, N. *et al* (Orgs). *Teoria Epidemiológica Hoje*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 255p.
- PICKETT, M.A. *et al*. The plasmids of Chlamydia trachomatis and Chlamydophila pneumoniae (N16): accurate determination of copy number and the paradoxical effect of plasmid-curing agents. *Microbiology*. 151(Pt 3):893-903, 2005 Mar. Disponível no site: [http://www.stdjournal.com/pt/re/std/selectreference.htm;jsessionid=L0PF7cQsry0KrMJRvpZtpbSTQGhKpSk23HwG6vDh6CdnDsS1wM7b11270838445!181195628!8091!111219792837190?an=00007435-200705000-00001&id=P17&data=00010224_2005_151_893_pickett_chlamydophila_%7C00007435-200705000-00001%23xpinter\(id\(R3-1\)\)%7C1160700%7C%7Covftdb%7C&lu=ovid:/bib/medline/15758234/ui](http://www.stdjournal.com/pt/re/std/selectreference.htm;jsessionid=L0PF7cQsry0KrMJRvpZtpbSTQGhKpSk23HwG6vDh6CdnDsS1wM7b11270838445!181195628!8091!111219792837190?an=00007435-200705000-00001&id=P17&data=00010224_2005_151_893_pickett_chlamydophila_%7C00007435-200705000-00001%23xpinter(id(R3-1))%7C1160700%7C%7Covftdb%7C&lu=ovid:/bib/medline/15758234/ui).Acesso em 26.ago.2008
- PINTO, L.F. Publicações em Homeopatia: Problemas e Soluções. *Brazilian Homeopathic Journal* 10 (1) 22-29 2008. Disponível no site: [http://www.ihb.org.br/BR/docs/revista/v.10.n.1-2008/pdf/p.22-29,BHJ,10\(1\),2008.pdf](http://www.ihb.org.br/BR/docs/revista/v.10.n.1-2008/pdf/p.22-29,BHJ,10(1),2008.pdf). Acesso em 22.out.2010.
- PIRES, R.A.F. *Trajetórias da Homeopatia*. Robe Editorial. São Paulo, 1996. 109p.
- PLATAÃO. *Diálogos*. São Paulo: Civita, 1972. 269p.
- POPE, C.; NICHOLAS, M. *Métodos Qualitativos na Pesquisa em Saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172p.
- PORTA, G. Hepatite Crônica na Infância. In MARCONDES, E *et al*. *Pediatria Básica*. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2004. 749 p. v.3.
- PRICE, E.C. Em que pontos as experimentações drogais desviaram-se das regras deixadas por HAHNEMANN no Organon, e em que pontos as regras e diretrizes de HAHNEMANN para a experimentação drogais diferem ou são insuficientes em relação às requeridas pelos métodos e preceitos da pesquisa científica moderna? *Selecta Homeopathica*, 9(1):3-91. Luz Menescal Ed. Rio de Janeiro, 2001.
- PRIVEN, S.W. Além do Princípio da Vida. *Cultura Homeopática*, vol 12, jul-ago-set, 2005.
- RADAR Repertory Program. Versão 10.5: Archibel, 2009.
- RAO, G.P. *et al*. Paradoxical progression of tuberculous lesions during chemotherapy of central nervous system tuberculosis. *J Neurosurg*;83(2):359-62, 1995 Aug. Disponível no site: http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nxtAction=lnk&base=MEDLINE_1966-1996&exprSearch=7616286&indexSearch=UI&lang=i. Acesso em 12.jul.2010.
- REY, F.G. *Psicologia Qualitativa em Psicologia — caminhos e desafios*. São Paulo: Thomson, 2005. 181p.

- REZENDE, A.L.M. *Saúde — Dialética do Pensar e do Fazer*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. 159p.
- RIBEIRO, L.; KAPCZINSKI, F.; BUSNELLO, E.A.D. Uso da Mirtazapina no tratamento do transtorno do pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1998. Disponível no site: <http://www.hcnet.usp.br/npj/revista/vol25/n4/prope254.htm>. Acesso em 20.jul.2010
- RIBEIRO, W. *Existência → Essência — desafios teóricos e práticos das psicoterapias relacionais*. São Paulo: Sumus, 1998. 105p.
- RIBEIRO, W.D. *A Homeopatia frente a Epistemologia*. São Paulo: Ribeirão, 1997. 159 p.
- ROBBINS, S.L.; COTRAN, R.S.; KUMAR, V. *Patologia Estrutural e Funcional*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. 1251p.
- ROBINS, H.I.; LIU, G. *A História Natural e a Biologia do Câncer*. In: POLLOK *et al.* Manual de Oncologia Clínica da UICC. 8ª ed. São Paulo: Wiley Pub & FOSE, 2006. 919 p.
- ROBINS, N. *Copeland's Cure: Homeopathy and the war between conventional and alternative medicine*. Nova Iorque: Random House, 2005. 330p.
- ROGERS, J. Hahnemann and the methodology of pathogenetic trials in healthy volunteers: a reappraisal. *Int J High Dilution Res* 2010; 9(32):94-103. Disponível no site: <http://www.feg.unesp.br/~ojs/index.php/ijhdr/article/view/373/444>. Acesso em 01.out.2010
- ROSENBAUM, P. *Homeopatia — Medicina sob Medida*. p. 90. São Paulo: Publifolha, 2005. 160p.
- RUSCHEL, P. P. *Quando o luto adoce o coração: luto não elaborado e infarto*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. Disponível no site: http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=YC0zewHiKEEC&oi=fnd&pg=PA15&dq=doen%C3%A7a+org%C3%A2nica+desencadeantes+%22fatores+emocionais%22&ots=SMGnBjZvwt&sig=hVjUrdeCB0eLezt8_ji0ZKWaAiM#v=onepage&q&f=false
- SAINE A. *Psychiatric Patients*. Netherlands: Lutra, 1997.
- SAMUEL KEYNOTES. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- SANOFI-AVENTIS FARMACÊUTICA. Dipirona sódica. Disponível no site: <http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/BM/BM%5B26430-1-0%5D.PDF>. Acesso em 01.out.2010 <http://bulario.bvs.br/index.php?action=search&search=dipirona>. Acesso em 19.jun.2008.
- SANTOS, I.E. *Manual de Métodos e Técnicas de Pesquisa Científica*. 6ª Ed. Niterói: Impetus, 2009. 385 p.
- SARACENI, V. *Avaliação da Efetividade das Campanhas para Eliminação da Sífilis Congênita, Município do Rio de Janeiro, 1999 e 2000*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(5):1341-1349, set-out, 2003. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17806.pdf>. Acesso em 14.jul.2010. Ou texto da tese de mesmo título no site: http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/sifilis_e_gravidez.pdf
- SARI, I. *et al.* Anti-tumor necrosis factor-alpha-induced psoriasis. *The Journal of Rheumatology*, July 1, 2006 vol. 33 no. 7 1411-1414. Disponível no site: <http://www.jrheum.org/content/33/7/1411.abstract>. Acesso em 22.jul.2010.
- SCHIODT, F.V. *et al.* Acetaminophen toxicity in an urban county hospital. *N Engl J Med*. 1997 Oct 16;337(16):1112-7. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9329933> Acesso em 10.mai.2011.
- SCHNEIDERS, R.E.; BUDNI J.; ALEXANDRE R.F.; SIMÕES, C.M.O. *Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: enfoque sobre o tratamento com cloridrato de metilfenidato e suas implicações práticas*. Reunião Anual da SBPC, 2006, Florianópolis. **Anais**. Disponível no site: http://www.sbpnet.org.br/livro/58ra/SENIOR/RESUMOS/resumo_2535.html. Acesso em 20.jun.2008.
- SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>

- SELYE, H. *The Stress of Life*. Revised Edition. McGraw-Hill, 1978.
- SIMON, L. Introdução ao Tratado de Matéria Médica Homeopática de Hahnemann. *Selecta Homeopathica*. Rio de Janeiro, 6(1): 34-43, jan/jun 1998.
- SINGH, G.; JALPOTA, Y.P. Jarisch-Herxheimer reaction in early syphilis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* [serial online] 1995 [cited 2010 Jun 10];61:386. Available from: <http://www.ijdvl.com/text.asp?1995/61/6/386/4291>. Acesso em 16.jul.2010.
- SIPAHL, A.M.; LEITE, A.Z.A.; DAMIÃO, A.O.M.C. Uso racional de mesalazina em doença de Crohn. *Educação Médica Continuada*. 2005. Disponível no site: http://www.segmentofarma.com.br/arquivos/Doen%C3%A7a%20Inflamat%C3%B3ria%20Intestinal_62YWTU.pdf. Acesso em 22.jul.2010.
- SMITS, T. What is proving a proving. *Homeopathic Links*, Volume 12, Number 1. Spring, 1999. Page 37-39. Disponível no software Radar/Encyclopaedia Homeopathica. Versão 2.5: Archibel, 2009.
- SOLLING, J.; FROM, E.; MOGENSEN, CE. *The role of immune complexes in early syphilis and in the Jarisch-Herxheimer reaction*. *Acta Derm Venereol*. 1982;62(4):325-9. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6183866>. Acesso em 16.jul.2010
- SOLOMON, T.; WILLISON, H. Infectious causes of acute flaccid paralysis. *Current Opinion in Infectious Diseases*. 16(5):375-381, October 2003. Disponível no site: http://journals.lww.com/co-infectiousdiseases/Abstract/2003/10000/Infectious_causes_of_acute_flaccid_paralysis.2.aspx. Acesso em 22.set.2010.
- SOUZA, C.S. Hanseníase: formas clínicas e diagnóstico diferencial. *Medicina, Ribeirão Preto, Simpósio: 30: 325-334, jul./set. 1997*. Disponível no site: http://www.fmrp.usp.br/revista/1997/vol30n3/hanseníase_formas_clínicas_diagnostico_diferencial..pdf. Acesso em 30.jun.2010.
- SOUZA, A.A.; LAVERDE JR., A. Aplicação da Espectroscopia de Ressonância Magnética Nuclear para Estudos de Difusão Molecular em Líquidos: a Técnica DOSY. *Quim.Nova*, vol. 25, n. 6, 1022-26, 2002. Disponível no site: <http://quimicanova.s bq.org.br/qn/qnol/2002/vol25n6A/19.pdf> Acesso em 08.ago.2011.
- STAHL, S.M. *Psicofarmacologia — Bases Neurocientíficas e Aplicações Clínicas*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1998. 426p.
- STARFIELD, B. *Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. 725p. Disponível em: http://unesdoc.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?catno=130805&set=4BBCA640_1_386&gp=1&mode=e&lin=1&ll=1
- STRAND, R.D. *O que seu médico não sabe sobre Medicina Nutricional pode estar matando você*. São Paulo: M. Books, 2004. 270p.
- SWAYNE, J. *Homeopathic Method*. Singapore: Longman, 1998. 228p.
- TANG, S.M. *et al*. N-acetylcysteine improves group B streptococcus clearance in a rat model of chronic ethanol ingestion. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009 Jul;33(7):1197-201. Epub 2009 Apr 9. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19389194>. Acesso em 14.out.2010.
- TAUHATA, L.; SALATI, I.P. A.; PRINZIO, R.; PRINZIO, M.R.R. *Radioproteção e Dosimetria: Fundamentos*. 5ª rev, agosto/2003. Comissão Nacional de Energia Nuclear. Rio de Janeiro: IRD/CNEN. Disponível no site: http://www.ird.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=45&Itemid=53 Acesso em 08.ago.2011.
- TEIXEIRA, M.Z. Brief Homeopathic Pathogenetic Experimentation: a unique educational tool in Brazil. *eCAM* 2009;6(3)407—414 doi:10.1093/ecam/nem128. 2007. Disponível no site: <http://www.hindawi.com/journals/ecam/>. Acesso em 26.jul.2011.
- The chronic diseases — Hahnemann. Reprint 1980. BJ publishing.

- TURATO, E.R. Métodos Qualitativos e Quantitativos na Área da Saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(3):507-14. Disponível no site: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>. Acesso em: 29.jul.2011.
- TURATO, E.R. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. 685 p.
- UBALDI, P. *A Grande Síntese*. 11ª ed. São Paulo: Lake, 1979.
- UBALDI, P. Orientações terapêuticas e patogênese do câncer. *Problemas Atuais*. Campos: Fundapu, 1986. P. 139-169. Disponível no site: <http://www.pietroubaldi.comlu.com/downloads.html>. Acesso em 06.jun.2011.
- UNEKE, C.J. *et al.* Bacterial contamination of stethoscopes used by health workers: public health implications. *J Infect Dev Ctries* 2010; 4(7):436-441. Disponível no site: http://74.125.155.132/scholar?q=cache:pDNUSBoUSqwJ:scholar.google.com/+%22Bacterial+contamination+of+stethoscopes+used+by+health+workers:+public+health+implications%22&hl=pt-BR&as_sdt=2000. Acesso: 17.set.2010
- UNIÃO AMERICANA de EXPERIMENTADORES. Sugestões para a Experimentação de Substâncias no Homem São. *Selecta Homeopathica*. v. 9(1):13-38. Rio de Janeiro: Luz Menescal, 2001.
- UNICEP. *Normas Para a Edição de Projeto de TCC*, 2005. Disponível no site: http://www.unicep.edu.br/docs/cursos/enfermagem/Regulamento_TCC_Enfermagem.pdf. Acesso em 25.set.2010.
- VALE, N. Desmistificando o Uso da Dipirona. In: *Sociedade de Anestesiologia do Estado do Rio de Janeiro. Medicina periperatória. 1ª Ed Rio de Janeiro; 2006. 1107-1124*. Disponível no site: http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos_artigos/126%20-%20Desmistificando%20o%20Uso%20da%20Dipirona.pdf
- van ASSEN, S.; MUDDE, A.H. Severe hyponatraemia in an amiloride/hydrochlorothiazide-treated patient. *Neth J Med*. 1999 Mar;54(3):108-13. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>. Acesso em 20.jun.2008.
- van VOORN, G.A.K. *PhD minicourse: introduction to bifurcation analysis*. 2006. Disponível no site: http://www.bio.vu.nl/thb/research/project/globif/Globif_text.pdf. Acesso em 26.ago.2008.
- VAUGHAN, C. *et al.* The Jarisch-Herxheimer reaction in leptospirosis. *Postgrad Med J* 1994;70:118-121 doi:10.1136/pgmj.70.820.118. Disponível no site: <http://pmj.bmj.com/content/70/820/118.abstract?cited-by=yes&legid=postgradmedj;70/820/118#cited-by>. Acesso em 14.jul.2010.
- VIEIRA, G. R. “Experimentação” e efeitos colaterais / “Proving” and side effects. *Revista de Homeopatia*, v. 54, p. 27-28, 1989.
- VIEIRA, G. R. Matéria Médica Dialética. *Cultura Homeopática*, v. 13, p. 27-33, 2005.
- VIEIRA, G.R. Clinical Proving in Brasília. Athens: *European Journal of Classical Homeopathy*. vol. II nº 7, 1996. Disponível sob o título: *Provings in Brasília* no site: http://www.cesaho.com.br/publicacoes/arquivos/artigo_38_cesaho.pdf. Acesso em 25.set.2010
- VIEIRA, G.R. Laws of Cure on Mental Plane. *Homeopathic Links*, Netherlands, v. 17, p. 80-97, 2004. *Leis de Cura em Sintomas Mentais*. Disponível no site: http://www.cesaho.com.br/publicacoes/arquivos/artigo_33_cesaho.pdf. Acesso em 26.jul.2011.
- VIEIRA, G.R. *O Evangelho Dialético*. 2013. Edição do autor: www.evangelhomeopatia.com.br
- VIEIRA, G.R. Tratando a Doença. In: *Em Doses Homeopáticas*. Brasília: Regional, 1993. 74p.
- VIEIRA, GR. *Evangelhoterapia: a ciência de amar*. Capítulo 2, item 37. São Paulo: Ed. Ground, 1991. Disponível no site: http://www.cesaho.com.br/biblioteca_virtual/livro.aspx?l=23
- VITHOULKAS, G. *Homeopatia e Ciência*. São Paulo: Cultrix, 1986. 436p.

- VITHOULKAS, G. *Materia Medica Viva*. 2009. Disponível no software Encyclopaedia Homeopathica.
- WANNMACHER, L. Paracetamol versus Dipirona: como mensurar o risco? In: *OPAS. Uso Racional de Medicamentos: Temas Selecionados*. Volume 2, Número 5. Brasília: OPAS; abril de 2005. Disponível no site: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/novo_paracetamol.pdf. Acesso em 26.jul.2011.
- WEISMANN, K. Neurosyphilis or Chronic Heavy Metal Poisoning: Karen Blixen's Lifelong Disease. *Sexually Transmitted Diseases*. 22(3):137-144, May 1995. Disponível no site: <http://journals.lww.com/stdjournal/toc/1995/05000>. Acesso em 13.jul.2010.
- WENDEL, G.D. *et al.* The Jarisch-Herxheimer reaction complicating syphilotherapy in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1990;75:375-379. Disponível no site: <http://www.faqs.org/abstracts/Health/The-Jarisch-Herxheimer-reaction-complicating-syphilotherapy-in-pregnancy.html>. Acesso em 19.jul.2010.
- WIKIPEDIA. Paradoxo. Disponível no site: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Paradoxo#F.C3.ADsicos>. Acesso em 26.ago.2008.
- WING, R.R.; KLEM, M.L. Obesidade. In: JACOBSON, J.L.; JACOBSON, A.M. *Segredos em Psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 632p.
- WOODBURY, B.C. Patogenesia versus Protocolos. *Selecta Homeopathica*, Rio de Janeiro: v.10 — n.1, p. 50-64. 2002. Luz Menescal Ed. 2002
- WOODS, H.F. *Agravação e Melhorias Homeopáticas* in *Selecta Homeopathica*, vol 5, número. Luz Menescal Ed. Rio de Janeiro, 1997, p. 90-100.
- WRIGHT, E. Trazendo à Tona Erupções e Secreções Suprimidas com Homeopatia. *Selecta Homeopathica*, Rio de Janeiro: 10(2): 29-36, jul/dez 2002.
- WRIGHT, E. Um Curso Breve de Homeopatia. *Selecta Homeopathica*. Rio de Janeiro, 3(2):35-56, jul/dez 1995.
- XAVIER, F.C. *Vinha de Luz*. 27ed. Rio de Janeiro: FEB, 2008. 400p.
- YANG, R. Prolonged treatment with N-acetylcystine delays liver recovery from acetaminophen hepatotoxicity. *Crit Care*. 2009;13(2):R55. Epub 2009 Apr 9. Disponível no site: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19358737>. Acesso em 14.out.2010.
- YOUNG, E. *et al.* Studies on the Pathogenesis of the Jarisch-Herxheimer Reaction: Development of an Animal Model and Evidence against a Role for Classical Endotoxin. *The Journal of Infectious Diseases*, Vol. 146, No. 5 (Nov., 1982), pp. 606-615. Disponível no site <http://www.jstor.org/stable/30112436>. Acesso em 14.jul.2010.
- ZAMPOLI, M., T. Kilborn, B. Eley. *Tuberculosis during early antiretroviral-induced immune reconstitution in HIV-infected children*. *Int J Tuberc Lung Dis* 11(4):417—423. Disponível no site: <http://www.ingentaconnect.com/content/iautld/ijtd/2007/00000011/00000004/art00010?crawler=true>. Acesso em 21.jul.2010.

GLOSSÁRIO

Alopatia — vide biomedicina.

Analogia — princípio da dialética aplicada ao estudo da matéria médica, significando que a possibilidade de sintomas do mesmo ou de diferentes níveis terem um conteúdo semelhante.

Antagonismo — princípio da dialética aplicada ao estudo da matéria médica, significando que os sintomas que se opõem mutuamente mostram a presença de metades inversas e complementares de um mesmo fenômeno ou conceito.

Biomedicina — medicina convencional. Nesta obra, mais do que utilizar recursos químicos, cujos efeitos neutralizam os sintomas do paciente, significa diagnosticar e tratar baseado somente no quadro clínico ou etiológico.

Diluição — técnica de preparação do medicamento homeopático que adiciona água alcoolizada à substância. Obedece a proporções fixas, variando de 1:10 a 1:50.000, sendo mais comum a diluição de 1:100, conhecida como centesimal hahnemaniana ou centesimal, abreviadas como CH ou C, respectivamente. O número registrado antes ou após a sigla indica quantas vezes repetiu-se aquela diluição. Assim, LM 30 significa que a substância foi diluída trinta vezes de 1:50.000, intercalando-se as succussões em cada etapa.

Dinamização — processo de preparação do medicamento homeopático, que alterna diluição — em diferentes escalas fixas — e succussão (vide abaixo).

Doença — conjunto de alterações, sinais e sintomas — no nível mental e/ou orgânico — que se repete de forma semelhante em diferentes pessoas.

Doença progressiva — enfermidade que tende a intensificar o acometimento de forma gradual, às vezes, imperceptível ou a apresentar alguma complicação.

Doente — sujeito que manifesta alterações, sinais e sintomas em seu psiquismo e/ou físico, geralmente de dois tipos: a) comuns a outras pessoas, configurando alguma doença muito ou pouco conhecida; b) raros e peculiares, caracterizando sua própria individualidade.

Fenomenologia — é o estudo, descrição e classificação dos fenômenos. Estuda todas as manifestações de um fato mais do que algum de seus aspectos ou determinada visão dele. Opõe-se à tendência mecanicista ou reducionista prevalente na ciência convencional. (SWAYNE, 1998)

Gradação — princípio da dialética, aplicado ao estudo da matéria médica, significando que um ou mais sintomas podem exprimir diferentes intensidades ou um “tempo” distinto da mesma alteração.

Hahnemann, Samuel — médico alemão, descobridor da homeopatia. Publicou em 1810 a primeira edição do *Organon da Arte de Curar*, livro básico da abordagem homeopática, após uma série de artigos sobre o tema.

Holístico — *Teoria segundo a qual o homem é um todo indivisível, e que não pode ser explicado pelos seus distintos componentes (físico, psicológico ou psíquico), considerados separadamente* (AURÉLIO, 2004).

Homeopatia — abordagem terapêutica que se propõe a diagnosticar e tratar o indivíduo como um todo, reunindo as alterações, sinais e sintomas peculiares de cada paciente numa *totalidade sintomática característica*, e, ao mesmo tempo, aplicar substâncias cujos efeitos terapêuticos são definidos a partir da experimentação delas em sujeitos voluntários sadios.

Idiosincrasia — *disposição de temperamento do indivíduo que o faz reagir de maneira muito pessoal à ação dos agentes externos* (AURÉLIO, 2004).

Infectividade — capacidade que tem certos organismos de penetrar e de se desenvolver ou de se multiplicar no novo hospedeiro, ocasionando infecção (idem).

Lei dos Semelhantes — hipótese sugerida por Samuel Hahnemann, admitindo que os sintomas provocados por uma substância numa pessoa sadia, ainda que de forma leve e fugaz, indicariam o que ela é capaz de curar, quando utilizada terapeuticamente.

Matéria médica — conjunto de dados de uma determinada substância, obtidos através da patogenesia, das observações clínicas e das intoxicações voluntárias ou não.

Metástase mórbida — enfermidade que surge algum tempo após a **supressão** de outra. Pode ser equivalente à original — geralmente mesmo nível de profundidade e/ou altura no organismo — ou ainda mais grave (localização mais interna ou mais elevada).

Morbo latente — fração da doença que existe na afetividade e na consciência, bem como em alterações orgânicas discretas, mas que ainda não se somatizaram a ponto de permitir o diagnóstico, ou de intensificar uma patologia já instalada. Esse *quantum* dinâmico da enfermidade parece ser fundamental para a compreensão da agravação terapêutica.

Nosologia — parte da medicina que trata da classificação das doenças. Ramo da patologia que trata das enfermidades em geral e as classifica do ponto de vista explicativo (isto é de sua etiopatogenia) (BABYLON).

Organon — livro básico da homeopatia, escrito por Samuel Hahnemann, com seis edições, entre 1810 e 1842.

Patogenesia — método experimental homeopático. Pessoas sadias, voluntárias, devidamente treinadas e/ou animais ingerem pequenas doses, em geral diluídas, de alguma substância, sob supervisão especializada, a fim de se observar eventuais alterações físicas e emocionais desencadeadas pela sua ingestão.

Policresto — medicamento homeopático cuja patogenesia evidenciou grande quantidade de efeitos, possibilitando amplo espectro de indicações terapêuticas.

Repertório — espécie de dicionário, no qual os sintomas são distribuídos por capítulos, sendo considerados mais importantes o mental, generalidades, sonhos, e sexualidade. Cada sintoma apresenta os medicamentos homeopáticos indicados, numa escala de intensidade (frequência) que varia de um a quatro.

Repertorização — procedimento que se executa, seja em livro ou programa, utilizando, de preferência, os dados peculiares de cada paciente, com o objetivo de investigar os medicamentos indicados para o caso. A informática contribui para aperfeiçoar a qualidade do resultado, disponibilizando-o em diferentes critérios.

Rubrica — sinônimo de sintoma em linguagem repertorial. Desse modo, pode-se dizer o sintoma ou a rubrica *medo da solidão*. Quando se refere ao paciente usa-se apenas a palavra *sintoma*, contudo, em relação ao repertório, usa-se tanto esta quanto o termo *rubrica*.

Simillimum — medicamento muito bem adequado ao quadro do paciente e que possibilita uma prescrição segura e um resultado global bastante satisfatório.

Suscetibilidade — *tendência para sentir influências ou contrair enfermidades; idiosincrasia* (AURÉLIO, 2004).

Sucussão — movimento acelerado com o frasco do medicamento, interrompido de maneira brusca, quando realizada por instrumento mecânico, ou contra uma superfície rígida, se executado manualmente. O procedimento é repetido várias vezes após cada diluição.

Supressão — quando os sintomas da doença desaparecem, contudo não ocorre a melhora geral do paciente, persistindo a sintomatologia mental e geral que já o caracterizava como um sujeito enfermo em sua totalidade. Nesse caso, há uma tendência à recidiva da enfermidade, além de, mais raramente, ocasionar o surgimento de uma **metástase mórbida**.

Vitalismo — pensamento prevalente no século XVIII, no qual *a base de todos os processos orgânicos é o princípio vital. (...) Ele tem o poder de manter a forma, expansão, situação e tensão em todas as partes corpóreas e restaurar a normalidade em caso de distúrbios nessas partes* (HAEHL, 1971, vol. 1, p. 285).

ÍNDICE

- Abuso sexual, 52, 137, 146
Acidente, 26, 46, 49, 137, 284
 morte de filho, 52
Aconitum napellus, 162, 187
Adler, U.C., 235
Agravação terapêutica, 85, 165, 196
 complicações, 167
 diagnóstico diferencial, 246
 distinta de exoneração ou retorno de
 sintomas, 212, 223
 e dose do medicamento, 224
 em funcionais e incuráveis, 211, 214
 ética, 225, 227
 exterioriza morbo latente, 222
 gravidade da doença, 212, 214, 223
 hanseníase, 215
 intoxicação medicamentosa, 228
 parcial, 229, 236
 progressividade da doença, 214, 221
 segundo Hahnemann, 212, 213, 214
 segundo Kent, 212-3, 229
 sensação subjetiva de bem-estar, 212
 sífilis, 219
 trajetória da doença, 224
 tuberculose, 217
Álcool, 39
Aloe socotrina, 187
Anacardium orientale, 124, 149, 253, 255
Analogia, 61, 92, 103
Angustura, 59
Anhalonium, 239, 261
Ansiedade, 242, 268
Arnica, 43, 57, 285-7
Atenção básica, 293-4
Atenção primária, 292-6
Aurum metallicum, 58, 250
Autopreservação, 19
Azambuja, Renato, 57, 147, 203, 291
Baptisia, 92, 124, 251-2
Bastide, Madeleine, 164
Bendit, I., 29
Biomedicina e homeopatia, 169-0
 complementaridade, 33, 40, 47
 principal diferença, 81, 84
Biopatografia, 203, 208
Bogliolo, L., 28, 37
Brosimum gaudichaudii, 59, 68
Brown, Robert, 276
Café, 39
Calcarea acética, 59
Calcarea carbonica, 131
Calcarea phosphorica, 297
Câncer, 19-0, 29, 50, 222
Cânfora, 39
Cannabis indica, 117
 caso clínico, 122
 da teoria ao infinito eterno, 118
 estranheza, 118
 gradação no P+ e P-, 119
 P+ versus P-, 121
 polo negativo, 120
 polo positivo, 119
 quadro bipolar
 existência/inexistência, 119
 riso, 118, 120-1-2
 teoriza, 117, 121
 zombaria, 121
Cantharis, 57, 255-6-7-8, 258
Capra, F., 20, 35, 274
Carne, 39, 197, 236
Carrara, S., 29
Causticum, 89-92, 187
Caxumba, 50
Centralização, 186, 189, 197, 201
Chininum sulphuricum, 187
Ciência, 28-9, 33, 88, 125, 160, 176, 182-4
 homeopatia experimental, 36, 62, 66, 85
Cinquenta milésimal, 228, 237, 282
Clarke, John Henry - 87, 125, 161
 efeito primário e secundário, 161
Close, Stuart, 25, 37, 212

- Computação
 analogia com a experimentação, 60
- Conselho Regional de Medicina-Acre, 13
- Consulta homeopática, 143
 abordagem retrospectiva, 46
 biografia do paciente, 144, 195
 censura ou horror, 146
 centrar o relato, 144
 contaminação, 144
 empatia, 13, 139
 espontaneidade, 144
 identificação do paciente, 143
 registro de dados, 143
 relato espontâneo, 144
 roteiro, 143
 temperamento, 143, 150
- Coulter, H.L., 23, 28-9, 35, 173-4, 235
- Criatividade, 61, 87, 120-2
- Cruz, Antonio Carlos Gonçalves da, 73
- Cura, 31, 37, 39, 82-3, 147, 153, 157
 biomédica *versus* homeopática, 20, 37
 centralização, 186, 189, 197, 201
 efeito global, 14, 35-9, 159, 184, 188
 evolução clínica, 28, 30, 38, 85, 146, 169
 idiosincrasia, 198
 incurabilidade, 193, 204, 207
 independe da similitude, 82
 liberdade, 200
 limites e sabedoria, 242
 maturidade individual, 197
 potencial atrofiado, 268
 predisposição, 197
 remédio único, 58
 suscetibilidade, 185, 197
 três níveis, 198
- Dabbah, Flora, 134, 136
- Dejours, C., 32
- Depressão, 205, 211, 214, 237, 250, 289
 insuficiência cardíaca, 25
- Determinismo, 21
- Detinis, L., 138
- Diagnóstico, 26, 27-9, 45
 sistêmico, 42, 46, 55, 133
- Dialética, 69, 102
 contradição, 103
 dinâmica, 127
 graduação, 128
 inter-relação entre os polos, 121, 127
 P+ *versus* P-, 129
 passagem quantidade à qualidade, 138
- Difusão, 73, 273, 276
- Diluição, 58, 68, 73, 82, 175, 190, 212, 228, 273, 277, 283
- dose única, 188
 não é indispensável, 62, 192
- Platina, 62
 vantagens, 188
- Dipirona*, 168
 analgesia, 176
 efeito antitérmico, 177
 efeito curativo, 170
 efeitos colaterais, 168
 hipotensão, 168
 matéria médica, 169
 não é “contra” a febre, 177
 polos, 168
- Distúrbio de humor, 237, 251, 259
- Doença, 17, 20, 23, 27
 autoimune, 53
 condição interna, 155
 conhecimento necessário, 45
 depende do organismo, 23
 dualismo prevalece, 19, 43, 44
 entidade conceitual, 24, 27, 30
 global, 32, 36-7
 homeopática, 24
 medicamentosa, 68-9
 medicamentosa artificial, 81, 132, 160
 não há e sim doente, 23
 não tem autonomia, 24, 28, 30
 perda de liberdade, 128, 139
 preço da missão, 156
 psicossomática, 31, 42, 197
 retrata a pessoa, 42
 segundo a Patologia, 27
versus doente, 37
- Doente, 23, 37
 autonomia, 294, 296
 como figura humana, 41
 como unidade, 19, 23
 e deficiência, 156
 estável, 204, 207
 maturidade individual, 156, 197
 não há doença sem, 24
 progressivo, 205, 207, 221
 residual, 203
 restringe-se à doença, 37
 unidade mente-corpo, 33, 41
- Dose ponderal, 58, 61-2, 82, 86, 191, 283
 afeta e cura a totalidade, 176, 184, 190
- Dualidade, 19, 44, 92, 124, 126
- Dudgeon, 59, 65
 doença medicamentosa artificial, 162
 enfermo e pequenas doses, 177
 impureza de dados patogénicos, 59

- Dulcamara*, 95, 232
 analogia, 96
 espírito cresce e desaparece, 95
 exercício didático, 95
 faca cega, 100
 hidrocefalia, 95, 98, 100
 umidade, 100
- Efeito
 adverso, 53, 166, 168
 alternante e dialética, 118
 antagônico, 118, 104, 162-3
 colateral, 165, 167-8, 177, 181, 191, 241
 colateral é efeito, 123, 168, 182
 colateral homeopático, 141, 170, 172
 confundimento, 70, 299
 curativo, 170, 179
 dialético (ênfase) 91-4, 99, 102, 104, 129, 175
 é sempre da droga, 168, 179
 experimental, 87, 170, 172
 global /difuso, 37, 176, 183, 188, 197, 273
 global com doses ponderais, 283
 hipersensibilidade, 167
 idiossincrásico, 69, 164, 167
 indesejável, 168, 176, 183
 local, 176, 181, 183-4, 229
 lógico, 97, 177, 180
 onipotência, 181, 207, 241
 paradoxal, 173-5, 179, 211, 226
 patogênico, 57, 69, 70, 87-8, 163-5, 184, 281
 patogênico e confiabilidade, 59, 173, 191
 patogênico e redação, 71
 patogênico e sutileza, 59, 169, 170, 176, 183, 192, 273
 patogênico em enfermos, 160, 164, 172
 primário, 163-4
 primário e secundário, 161-3, 171-2, 175
 reação adversa, 122, 123
 singular/exclusivo, 69, 88, 127, 150
 terapêutico, 14, 81, 84, 159, 166, 177, 179, 185
 virtude medicinal, 185-8
- Eizayaga, FX, 24, 127, 131, 212
- Elizalde, Masi, 82, 88, 166, 189, 202, 212, 241, 243, 245
 correspondência mente-corpo, 41
 dinâmica miasmática, 129
 sintoma parasita, 70
 valorização da patogenesia, 134
- Endometriose, 30
- Energia, 274
 conversão, 275
- Energia vital, 196, 274
 não existe, 213, 275
- Enfermidade. *Ver Doença*
- Engler, Iracema de Castro, 73, 279
- Envelhecimento, 28
- Epidemiologia, 29, 42-3, 51
- Esquizofrenia, 32, 222, 237, 243, 261
- Estrutura frágil, 52
- Experimentação, 38, *Ver Patogenesia*
- Externação, 85, 206, 245-8
- Farmacologia, 81, 166, 174
- Fator
 de risco, 20, 28
 externo e patogenia, 58
- Fator etiológico, 27-8, 188
- Fernandes, H.B., 31
- Força vital. *Ver Energia Vital*
- Foucault, M., 27-8, 291
- Função, princípio, qualidade ou virtude, 103, 105, 122
- Gastroplastia, 207
- Gelsemium*, 251
- Gênio epidêmico, 200
- Ghatak, 20, 50, 195
- Global, 26, 29, 32, 62, 82, 135, 146, 159
 abordagem, 35, 37-9, 40-1, 58, 61, 84, 188
 resultado, com doses ponderais, 176, 183
 visão do SUS, 293
- Gray, A., 30
- Grimmer, A, 202, 215, 229
- Guajacum officinale*, 73
- Haehl, R., 58, 60, 62, 316
- Hahnemann, Samuel, 19
 agravação, 162, 165
 agravação com outras terapias, 215
 agravação terapêutica, 212
 cura ideal, 195
 doses ponderais, 163, 212
 efeitos antagônicos, 162
 enfermidade, 24, 27, 131
 gênio incomum, 86
 homeopatia cura o global primeiro, 37
 matéria médica, 162
 poucos experimentadores, 172
 prioriza cura e não a similitude, 176, 179
 rapidez da cura, 212, 244
 saúde dinâmica, 217
 sintoma curativo, 170
 supervisão de patogenesia, 60
 unidade mente corpo, 41
 vocação terapêutica, 162
- Hartmann, F., 62
- Hegemonia, 37, 47
- Hegenberg, 21, 155
- Helleborus niger*, 163-4
- Hempel, C.J., 162, 171

- Hering, C., 70, 89, 91, 95, 100, 161, 171, 187, 202, 235
- Hidrofobia, 50
- Hipertensão arterial, 42, 180, 270
- Hipócrates, 81, 160
- Hipotermia, 168, 177-9, 181, 185-6
- Holismo, 21
- Homeopata, 13, 36, 146, 248, 283, 294-6
 como fator terapêutico, 267
 estágios distintos, 200
 parceria com médico convencional, 47
 preconceitos, sem, 248, 276, 297
- Homeopatia
 baixo custo, 82, 190, 294, 297
 cada caso é um caso, 28
 e medicina, 13, 14, 32-3, 35, 38, 47, 133, 155, 159, 174, 193
 e o SUS, 291
 efeito paradoxal, 173
 sem patogenesia, 170
- Homeostase, 20, 24, 45, 177, 183, 186
- Homonose*, 61
- Hospitalar
 modelo do SUS, 291
- Hughes, R., 28, 60, 62, 123, 161-2-3, 172, 176, 191
- Hura brasiliensis*, 92, 140
 abandono, 93
- Hyoscyamus*, 91, 125-7
- Idiosincrasia, 51, 58, 79, 139, 150, 167, 199
 patogênica, 62, 68, 159, 164, 166, 192, 296
 cura, 204, 207, 244
- Ignatia amara, 43, 58, 102,
 alternância de humor, 110
 analogia, 106, 108, 112
 audácia, 110
 caso clínico, 115, 282, 289
 catalepsia, 102-3, 108
 coisas impróprias, 108
 coréia, 103, 109, 112
 delicadeza, 105
 desastrado, 109
 gradação, 105, 107, 109, 110, 111, 112
 histeria, 102, 103, 110, 111, 112
 mágoa, 102, 105-7, 112
 paradoxo, 109, 110-1, 113
 perda da delicadeza progressiva, 109
 polo negativo, 108
 polo positivo, 105
 rigidez, 103, 108
 suspiro, 107, 111
 ultraje, 108
 voto, 106-7, 109
- INAMPS, 292
- Indicadores terapêuticos, 42, 44, 46, 63, 83, 132, 140, 162-3, 165-6, 169, 170-2, 175-7, 179, 185, 188, 208, 299
- Indústria farmacêutica, 38
- Infectividade, 50
- Instituto de Saúde Integral, 89
- Instituto Mineiro de Homeopatia, 73
- Inteligência, 36,
- Intoxicação, 57, 62-4, 69, 166
 e doença, 57
- Jahr, G.H.G., 38, 63, 67, 69, 164, 170
- Jarisch-Herxheimer, 223
- Kent, James Tyler, 23, 37, 49, 85, 87, 134, 206, 235
 agravação, 212-3, 229
 classificação de sintomas, 297
 observações prognósticas, 209
 prontuário, 143
- Lac human*, 172
- Lachesis*, 187
- Langhammer, 59-0
- Lefèvre, F., 28
- Lei dos contrários, 14, 81, 159, 177
- Lei dos semelhantes, 14, 81-2, 159, 160-3, 171, 174-5, 177
- Leis de cura, 85, 202, 206, 212-4
- Leis de cura no plano mental, 235, 175
 de cima para baixo, 237, 240
 de dentro para fora, 239, 241
 na ordem inversa ao aparecimento, 239
 rapidez da resposta terapêutica, 243
 retorno de sintomas antigos, 239, 243
- Leis de Hering. *Ver Leis de Cura*
- Lévy-Leblond, J.M., 33
- Liberdade, 197, 200
 e cura, 201-5, *Ver Saúde, liberdade*
- Lipton, B.H., 38, 168
- Litíase biliar, 207
- L.M. *Ver Cinquenta milésimal*
- Lógica Fuzzy*, 42-3
- Luz, M., 39
- Lycopodium*, 90, 129, 278
- Magnesia carbonica*, 65, 127
- Magnesia muriatica*, 278, 65
- Magnetis polus articus*, 170
- Matéria médica, 36, 46, 59, 61-3, 69, 70-1
 critério frequência, 89
 critério raridade, 89
 de efeitos colaterais, 169, 170
 é soberana, 150
 estereótipos, 87
 método de estudo, 88, 95, 102, 108, 125
 pobreza, 165
 polos opostos, 84


- reducionismo químico, 29, 63, 159
- reino da natureza, 297
- relação consigo mesmo, 125
- síndrome mínima de valor máximo, 87
- singularidade, 184-6, 297
- tabela periódica, 297
- tema, 88, 94, 100, 102-3, 124-5, 127-9, 148, 150, 172, 186
- Matéria médica dialética, 88
 - analogia, 92
 - antagonismo, 90
 - gradação, 91
 - polo negativo, 94
 - polo positivo, 93
- Maturidade, 156, 197, 242
- Medicamento, 159, 167, 177
 - como sinal, 185, 188, 190
 - efeito energético, 190, 249, 273
 - entropia, 281
 - homeopático, 207
 - homeopático em dose ponderal. *Ver Dose ponderal*
 - ideal e fantasia, 299
 - memória da água, 280
 - permite a cura, 179
 - químico, 180
 - sistema nervoso, 275
 - sucussão, 73, 273
 - virtude medicinal, 83, 169, 179, 181, 185, 189, 276
- Medicamento browniano, 73-8, 273-9
- Medicina, 27
 - agravação, 215
 - convencional, 47, 53, 133,
 - homeopatia, e, 193, 291
 - psicanálise e, 31
 - sintomatologia, 27, 175
 - solidariedade, 209
- Medicina de Família e Comunidade, 33
- Medicina do adolescente, 32
- Medorrhinum*, 255
- Medronho, R., 30
- Meio ambiente, 20, 62
 - doença, e, 197
 - e predisposição, 51
 - fator externo e morte, 52,165
- Melo, Carlos Lima, 71
- Mercurius, 43
- Metástase mórbida, 206, 212, 283, 316
- Metilfenidato*, 173-5, 179
- Metodologia científica, 14, 20, 43, 57, 86
 - reducionismo, 176
 - rigor inibe experimentadores, 59
- Miasmas
 - dinâmica, 127-9
- Ministério da Saúde, 13, 292
- N-Acetilcisteína, 160
 - do reducionismo à totalidade, 181-2
- Natrum carbonicum*, 250
- Natrum muriaticum*, 58, 128
- Natrum phosphoricum*, 135
- Obesidade,25
 - gastroplastia, 207
 - mente e corpo, 26
- Okuno, E., 276-7
- Opium*, 161, 187
- Osteoporose, 288-9
- Paciente. *Ver Doente*
 - como um todo, 14, 20, 26, 31, 33, 35, 37, 39, 46, 57, 134, 159, 172, 180, 184, 192, 294
 - medicamento não atua sempre, 189
- Palladium metallicum*, 105, 125, 201, 261-4, 266
- Paracetamol, 178, 182-5
- Paradoxo de Galileu, 128
- Paschero, Tomas, 42, 45, 247, 274
- Patogenesia, 36, 43, 57
 - altruísmo, 64
 - aplicação na clínica, 63
 - autoconhecimento, 65
 - auto-observação, 65-6
- Brosimum gaudichaudii*, 59, 68
 - conceito, 43, 57, 61
 - congruência dos dados, 69
 - controle de dados, 36, 58-9, 61, 63, 70
 - dados peculiares são raros, 64
 - diluição, 59, 62, 68, 73, 82, 166, 176, 273
 - doses repetidas, 68, 167, 282
 - duplo cego, 67
 - e intoxicação, 57-8, 62-4, 69, 166, 169, 172
 - estabilidade de vida, 68
 - experimentador sadio, 36, 57, 61, 161, 165, 169, 185, 190
 - grupo estável, 66
 - método de investigação, 66
 - não provoca danos, 67
 - operacionalidade, 65
 - placebo, 66
 - primeiros dias, 161
 - produção de conhecimento, 66
 - publicação, 67
 - qualificação pessoal, 66
 - redação dos dados, 79
 - resultado imprevisível e inconstante, 67
 - sintomas excessivos, 68
 - sonhos, 65
 - substância única, 68, 159, 176

- supervisão, 61, 79
 treinamento, 59, 65-8, 70, 190
 validação, 69
- Patogenicidade, 50-3, 58, 179
- Patologia, 14, 23, 27-9, 30-2, 36-9, 42, 45, 52-3, 132, 150, 156, 188, 193, 200, 214
 patogênese, e, 63, 67
 progressiva, 205, 234
- Peculiaridade, 69, 82, 296
 paciente define, 140
versus comum, 63, 134
versus totalidade, 132
- Perestrello, D., 26, 32, 42, 144
- Pesquisa, 14, 20-1, 36, 38-9, 57, 88, 224, 281
 custeio, 79
 qualitativa, 38, 64, 138
- Phosphorus*, 187, 265, 297
- Plumbum metallicum*, 148-9
- Pluricausalidade, 29
- Poliomielite, 50, 53
- Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), 295
- Preconceito, 22, 132, 139, 143, 145
 externalização, 248
 teoria, 171, 214, 276, 297
 terapêutico, 194
- Predisposição, 49, 98, 139, 202, 222
 meio ambiente, e, 49
 em três níveis, 52
 grau de, 58, 179
- Princípio da incerteza, 159
- Prognose, 157, 195, 197
 biopatografia, 203, 227
 reducionista, 27-9
- Psicanálise, 31-2
- Psicologia, 31, 42, 44, 152, 246
- Psicopatologia, 25-6
- Psicose puerperal, 238, 243-4, 265
- Psiquiatria, 26, 203, 236
 reducionismo, e, 31, 46
- Pulsatilla*, 105
- Reduccionismo, 21, 29, 40, 186
 acomodação, 188
 apogeu - fator etiológico, 28
 define terapêutica, 168
 desconecta psiquismo e orgânico, 31
 efeito químico, 168, 298
 fator externo, 49, 82, 222
 metodologia científica, 42, 59, 176
 no estudo da matéria médica, 47
 quantitativo e qualitativo, 26
- Relação médico-paciente, 13, 151, 189, 215
 devolução, 145
- integralidade, 147
 integralidade no SUS, 296
 visão crítica, 189, 271
- Repertório, 147
 matéria médica, e, 148
 pontuação, 148
 rubrica, 148
 supervalorização, 151
- Repertorização, 36, 131-4, 140, 147, 150, 186
 eletrônica, 137
 peculiaridade, 140
- Resiliência, 52
- Retardo psicomotor, 265
- Revestimento, 127
- Robbins, S.L., 29, 49
- Rosenbaum, P., 25, 249
- Ruschel, P., 203
- Sabadilla*, 83, 124
- Sarampo, 50, 53, 58
- Saúde, 14, 20, 28
 abrangente, 29
 assistência médico-hospitalar, 155
 conceito, 155-6
 conflitos afetivos, 227
 desgaste natural, 268
 deterioração progressiva, 85, 217
 direito de todos, 156, 295
 doação de si mesmo, 156, 199
 drenagem, 236, 245
 trajetória de vida, e, 47, 52, 141, 193, 208
 erradicação do morbo, 223, 207-9
 exige renovação, 204
 extravio da, 48
 homeopata é coadjuvante, 267
 juventude, 268
 liberdade, 39, 128, 139, 196-7, 200, 201-7, 240-8, 287, 290
 mercadoria, 28,
 monismo prepondera, 43
 OMS, 156-7
 patogênese, 57
 paz interior, 156, 246
 pensamento linear, 42, 53
 predisposição, 49
 promoção, 31, 39, 156, 294
 reposição de peças, 38
 responsabilidade individual, 47, 199, 231, 245
 retorno ao próprio original, 46
 serviço de urgência, 44, 182
 tendência natural, 208
 três níveis, 197
 vulnerabilidade e predisposição, 49, 202, 222
- Secretaria de Estado de Saúde do Acre, 13

- Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco, 13
- Semelhança
mente e corpo, 14, 43
- Semelhantes e contrários, (ver Lei)
- Sensação subjetiva de bem-estar, 85, 206, 212, 215, 227-9, 233, 247
- Sexopatia, 146, 241
- Simbolismo, 88
- Similitude e efeito curativo, 163
- Simillimum*, 147, 188-9, 196, 209
- Síndrome de Guillain Barret, 53
- Síntese, 36, 41, 64, 88, 105, 125, 134, 186
- Sintoma curativo. *Ver Efeito curativo*
- Sintoma guia. *Ver Sintoma homeopático, e keynote*
- Sintoma homeopático, 131, 137
ascendência, 137
classificações, 131, 140
colocar-se no lugar do paciente, 139
contexto social, 137
keynote, 135, 149
liberdade do profissional, 104
modalidade, 69, 89, 99, 123, 128, 132, 135, 137, 180, 184
peculiar (ver peculiaridade)
preconceito (ver preconceito)
quantitativo ou qualitativo, 24, 91, 137, 143
significado, 91, 103, 105, 124, 137-9, 140-1
totalidade, 31, 37-9, 41, 47, 81, 132, 134, 155, 176, 186, 315
totalidade característica, 61, 133, 138, 140, 189, 206
- Sistema, 14, 21-2, 41
da quantidade para a qualidade, 35
terapêutica, e, 165, 183, 230
- Sistêmico, 14, 29, 33, 35, 38, 41, 46, 53, 176
efeito. *Ver Efeito global*
evolução, 42, 159, 169, 180, 203
resultado, 37, 86, 215
- Smits, T., 171
- Status social, 52
- Stramonium*, 259
- Strand, R.D., 28
- Substância
inerte, 24, 62
- Sucussão, 73, 273-4, 277-8, 280-1
- Supressão, 84-5, 206, 212, 230, 246, 248, 274, 283, 316
- SUS, 291
hospital, 291
porta de entrada, 292
- Suscetibilidade, 49, 50-3, 58-62, 100, 156, 160, 165-6, 172-9, 181, 185, 190-2, 197-9, 200, 222, 295, 316
- Tarentula hispanica*, 71
reconhecimento, 90
- Terapêutica, 19
boa e nociva, 207
depende do paciente, 14, 195, 247
homeopática, 39, 43, 168, 294
rapidez da homeopatia, 185
uma só
química e diluída, 159
- Thymus*, 164
repertorização, 108
- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, 173
- Transtorno de personalidade, 191
- Trauma, 46, 52, 110, 198, 244
- Turato, E.R., 138, 144, 184
- Ubaldi, Pietro, 20, 188, 200
- União Americana de Experimentadores, 46, 68, 71, 161, 191
- Unidade, 19, 23, 27, 35, 61, 71, 181
mente e corpo, 41, 190, 193, 202, 213, 245, 248
- Universidade Federal do Acre, 13
- Vacina, 29, 50, 53
- Virtude medicinal, 83, 160, 169, 170-1, 185-6, 189, 276
- Virtude terapêutica. *Ver Virtude medicinal*
- Virulência, 50, 53
- Vitalismo, 21, 316
- Vithoukas, George, 123, 192, 231
- Vulnerabilidade, 49, 51, 53, 202, 222
universal, 53
- Xavier, Francisco Cândido, 197



Em apoio à sustentabilidade e à preservação ambiental,
a LER Editora declara que este livro foi impresso com papel
produzido a partir de florestas cultivadas e renováveis
e que é inteiramente reciclável.

 texto aqui apresentado não segue as diretrizes tradicionais da literatura acerca do assunto. Ao contrário, propõe nova compreensão no tocante a aspectos fundamentais, a exemplo da chamada lei dos semelhantes e dos contrários, da diluição, do significado da agravação e das leis de cura. Se, por um lado, a medicina convencional apoia-se no efeito terapêutico mais evidente e repetitivo da substância, o que a leva a reunir diversos medicamentos para um só paciente, pelo outro, o método homeopático lida com os efeitos raros, sutis e peculiares e, esmiuçando as características de cada enfermo, seleciona apenas um único remédio, transmutando a intervenção num fenômeno preferentemente global no organismo. A maior quantidade de variáveis – sejam efeitos terapêuticos da substância, sejam sintomas do doente – evolui para a qualidade, como demonstra a dialética. Assim, pode-se traçar um paralelo contínuo entre a abordagem reducionista, predominante na metodologia científica quantitativa, e a sistêmica, prevalente na homeopatia, cada qual com vantagens e limitações próprias.

Porém, talvez a diferença essencial deste livro em relação aos textos clássicos da especialidade seja a primazia concedida ao paciente e não à substância medicinal, em que pese o seu inegável valor. É que o ser vivo representa um sistema muito mais vasto e complexo do que o recurso terapêutico. Residem no indivíduo os principais fatores que engendram a enfermidade e, igualmente, possibilitam a cura. A ciência hahnemaniana comete, nesse sentido, a incoerência de apregoar a doença como um processo endógeno, mas depois transfere todo o mérito da reintegração à higidez para o elemento medicamentoso, portanto, exógeno.

A análise pormenorizada da história de vida do paciente revela que a patologia estruturada em seu corpo guarda entranhada semelhança com as suas próprias características de temperamento. Na verdade, os sintomas físicos e os traços psicológicos compõem uma entidade única, mesclando a fração concreta e a subjetiva num mesmo processo. Também se pode aduzir que a forma particular do enfermo proceder em suas ações no mundo, costuma se repetir no modo como ele reage quando se submete a

ISBN 978-85-8236-005-7



9 788582 360057