



ENFERMO, ENFERMIDADES E SINTOMAS

Dr. Vitor Menescal

O Apanhador no Campo de Sintomas

O difícil exercício da homeopatia é virtualmente o exercício de um artesanato médico, tais a atenção e a delicadeza com que cada uma de suas etapas deve ser manejada, e o equilíbrio entre técnica e arte que dele se exige. Erros na condução da anamnese, na identificação de sintomas, em sua transposição ao repertório, na escolha de uma estratégia repertorial adequada, no estudo de matéria médica comparada – muitas são as armadilhas no caminho da prescrição-similimum, independentemente do que se considere como digno de curar no enfermo.

Um erro comum que cometemos é o que se pode chamar de 'vício repertorial', quando, mimetizando a construção do repertório, recortamos a fala do enfermo em 'sintomas' – refiro-me aqui a sintomas representados em repertório. Estaríamos tomando como missão máxima, no momento da anamnese, a descoberta de sintomas próprios à repertorização, por entendermos que, sendo 'repertorizáveis', praticamente garantiriam a prescrição-similimum.

Não há neste comentário nenhuma crítica à repertorização ou ao emprego dos repertórios. Todos os homeopatas devem conhecer muitíssimo bem o repertório, a lógica de sua estrutura, e ser hábeis na localização dos sintomas e sua justa equalização. Não há homeopata sensato que recrimine seu uso judicioso. Quero apontar aqui para uma deformação na escuta da fala do paciente que leva o homeopata a focar sua atenção mais em sintomas que na



história que contam. Expressando de outro modo, o “vício repertorial” deve sua origem mais à má educação dos sentidos que a um apego indevido ao repertório.

Malcomparando, seria como o caso de um ouvinte que desse atenção mais às notas musicais que à música em si, incapacitando-se para reconhecer seu encadeamento harmônico, seu sentido melódico, sua ênfase rítmica. Para a fruição da música é inútil a identificação de notas, é fundamental o reconhecimento de como se combinam, se integram, se sucedem e variam no tempo. No nosso caso temos de educar nossa escuta tanto para “ouvir” sintomas quanto para “ouvir” a história do paciente.

Os sintomas, como as notas musicais, entoam a “música” do enfermo, nem sempre constituindo – do ponto de vista do homeopata que os colhe – um fim em si mesmos. Eles contam uma história, quase sempre cifrada, e a geografia corporal – isto é, o variado complexo de acidentes orgânicos que lhe corresponde – inflamações, ulcerações, tumorações, etc. -, conta idêntica história. Se aceitamos a idéia de um enfermo unitário – afinal, como delimitamos precisamente as instâncias da “mente” e do “corpo”? -, segue-se que não pode haver ambigüidade entre mental e orgânico. Os sintomas, assim, não devem ser apenas colhidos, mas integrados. Seu arranjo de modo algum é casual; há nele uma nem sempre aparente lógica de organização.

Ao verificarmos que inúmeros sintomas são compartilhados por muitos medicamentos, somos obrigados a supor que cada um deles – embora idênticos à primeira vista – represente algo diferenciado na história particular de cada medicamento ou enfermo, o que os torna absolutamente distintos, e mais que isto: exclusivos. A ‘ilusão de ser insultado’ de Palladium, por exemplo, é inteiramente diferente da de Alcoholus. A ‘sensação de leveza’ de Ginseng é inteiramente diferente da de Hydrogenium. Ou, voltando ao nosso exemplo, o mi menor da Quinta Sinfonia de Beethoven,



por estar integrado numa rede singular de notas, apresenta um efeito ou expressa algo bastante distinto do mi menor encontrado no Samba do Avião. Isto equivale a dizer que não existem dois sintomas rigorosamente idênticos quando contemplados desde a perspectiva da totalidade. A rigor todo sintoma é exclusivo.

Há algo anterior aos sintomas, algo que determina seu caráter próprio – a singularidade do enfermo. A singularidade do enfermo se representa por sintomas. Conceitos como ‘totalidade de sintomas’, “síndrome mínima de valor máximo”, o “sistema de sintomas-chave” de Guernsey, o sistema de pontuação repertorial, enfim, as várias modalidades de valoração de sintomas e métodos de prescrição são de fato artifícios técnicos a serviço da identificação da singularidade do enfermo.

Repito: sintomas expressam a singularidade do enfermo. Há muito sabemos disso. E é esta a razão para atribuímos a sintomas que consideramos raros, característicos e peculiares um valor maior: eles mais explicitamente revelam tal singularidade. Entretanto, se pudéssemos entender uma lesão óssea tão prontamente como entendemos um sintoma mental, verificaríamos que ambos estariam transmitindo a mesma mensagem reveladora da singularidade do enfermo, e seríamos capazes de tomá-los não apenas como elementos de uma comunicação aparentemente truncada, mas como signos de uma linguagem inteligível em sua sintaxe e gramática. (Talvez cheguemos um dia a estabelecer o diagnóstico medicamentoso via histopatologia, identificando um melanona de *Ambra grisea*, uma pancreatite de *Cuprum metallicum*...)

Um problema adicional em relação à inteligibilidade do sintoma orgânico: ele normalmente não é auto-explicativo. Se um paciente, como um que acompanhei, fita o sol até à cegueira, qual o sintoma? E mesmo diante de certos sintomas mentais, somos imediatamente levados a interrogar os seus



porquês. Se um paciente tenta suicídio, qual o sintoma? Assim, quando nos restringimos a colher o sintoma isolado do contexto próprio da totalidade, podemos estar perdendo o principal – sua motivação.

Um sintoma é um sintoma é um sintoma?

Como não há indivíduos sãos miasmaticamente, devemos alterar o aforismo “tratemos o enfermo, não a enfermidade” para “tratemos o indivíduo, não a enfermidade”, por um duplo motivo: primeiro, para que lembremos que não é obrigatório que o indivíduo apresente sintomatologia clínica para que seja possível seu diagnóstico medicamentoso; segundo, para que lembremos que o tratamento deve fundamentalmente visar a originalidade do indivíduo, esteja ela representada numa patologia ou não. Idealmente o princípio da semelhança deve ser aplicado ao que o enfermo “é”, não ao que o enfermo “apresenta”.

O materialismo que nos foi infundido nas escolas médicas ainda nos faz pensar que como clínicos somente podemos oferecer uma terapêutica que confronte o patológico, enquanto que como homeopatas podemos balizar nossa conduta pela “excentricidade” do enfermo. O sintoma, assim, deve ser redefinido para incluir qualquer categoria em que as peculiaridades do indivíduo estejam representadas. A ocupação do enfermo, por exemplo, deve chamar nossa atenção, não apenas por apontar a possibilidade diagnóstica de uma doença profissional, mas também por ser um possível indicativo de sua conformação psórica. Um diplomata de carreira pode revelar um *Natrum carbonicum*; um aviador, *Aquila chrysaetos*; um escultor, *Alumina*; um assistente social, *Drosera*; um acrobata, *Aranea diadema*, um relojoeiro, *Argentum nitricum*; etc. (Lembro que certa vez, tentando encontrar uma peça para um relógio de pulso antigo, fui encaminhado a uma loja no centro da cidade, que, me garantiram, certamente teria a tal peça. Não era preciso ser homeopata para se impactar com o ambiente que encontrei: todas as



paredes da loja, o teto inclusive, eram cobertas por relógios de todos os tipos – ampulhetas, cuco, mecânicos, de corda, a bateria, solares, grandes, minúsculos, antigos, modernos, de bolso; o dono da loja usava três relógios em cada punho, e se ouvia em alto e bom som a rádio relógio, anunciando a hora a cada 15 segundos! Não era uma relojoaria comum, igual a tantas outras. Era possível sentir-se ali a obsessão pelo tempo.) Um passatempo, como o de colecionar borboletas pode sinalizar a marca psórica do indivíduo. Ou seu interesse por polvos. Ou por plantas carnívoras. Ou seu modo de vestir – que cores prefere? que adornos usa? (Acompanhei mais de uma vez mulheres em boa evolução com Lachesis cujos adornos – braceletes, tiaras, pulseiras, brincos – tinham todos o mesmo motivo: cobras.) Ou seu modo de falar. Ou seu modo de decorar a casa. Ou sua identificação com personagens literários ou figuras políticas ou mitológicas ou mesmo animais. (Certa vez me senti autorizado a prescrever Formica rufa, em razão de o paciente haver afirmado categoricamente que “vivia como uma formiga”.) Tudo, enfim, que seja revelador de sua conformação psórica pode ser considerado sintoma. Esta é a razão que me faz preferir chamar de “excêntricos” os sintomas que normalmente chamamos de “raros, peculiares e característicos”, porque, tomado em sua dupla acepção, o termo dá idéia tanto do “que se desvia do centro ou está fora de proporção” quanto de “original, extravagante”. O sintoma – seja característico, raro ou peculiar – pode não ser considerado rigorosamente como “patológico”, enquanto que jamais deixa de ser “excêntrico”.

Pratico homeopatia seguindo algumas “crenças”. Acredito, por exemplo, que o enfermo é único. Apenas em razão de despropósitos conceituais podemos conceber que o enfermo “tenha-se tornado” Bryonia; ou que tenha sido ontem Bryonia, e hoje é Silicea. Ou que sua pneumonia “seja” Bryonia, e sua artrite, Silicea. Nenhum enfermo é Nux moschata da cintura para baixo, e Opium da cintura para cima. Nenhum enfermo é metade Cubeba, metade



Heloderma. Isto me obriga a pensar que o similimum é único, invariável. O indivíduo será Bryonia na infância, na vida adulta, na velhice. Apenas variando, segundo as limitações e possibilidades de expressão em cada etapa de vida, o modo como indicará que é Bryonia. Este será sempre o similimum do indivíduo, e apresentará uma ação resolutiva tão absoluta quanto possível tanto em quadros crônicos quanto agudos. Acredito, como Kent, que “é incongruente e irracional pensar que há várias doenças ativas no organismo ao mesmo tempo”. Quando o suposto similimum não atua satisfatoriamente em um quadro agudo, mesmo havendo produzido uma aparente boa evolução do quadro crônico, tornam-se obrigatórios o reestudo do caso e a troca de medicamento.

Acredito também que o paciente pode ser entendido. Assim, evito apenas “reconhecer” os sintomas; evito montar equações simplificadoras como: “sintoma 1 + sintoma 2 + sintoma 3 = medicamento X. Os sintomas são peças móveis, podendo se encaixar no quebra-cabeças que é o enfermo em posições, perspectivas e por motivos diferentes. Para mim, o paciente sempre se apresenta como um enigma, mais que como portador de um problema. Ou, visto de outra forma, o problema é o enigma. E não devemos atender à sua demanda por tratar tal e tal queixa, sem pelo menos tentar desvendar – na medida do possível – o enigma que ele é. Não devemos ceder ao enfermo a prerrogativa de julgar o que seria digno de nossa atenção de “curadores”. Em geral o enfermo pretende uma solução imediata para um problema remoto, uma solução local para um problema incircunscrito. O enfermo vê apenas o aparente, enquanto nós podemos nos colocar na privilegiada posição de contemplar o íntimo – no nosso caso, o miasmático. Devemos, sempre que possível, pensar globalmente e atuar globalmente. Esta é em geral a postura que adoto frente a meus pacientes. Por mais banal que seja a queixa, sempre os vejo como grandes enigmas, e me dedico a decifrá-los. Tento vislumbrar o fio da meada da complexa rede de sintomas



que o paciente tece. O importante é reconhecer o “enredo” dos sintomas, independentemente da idade, cultura, sexo e religião do paciente. Diferentes conjuntos de sintomas podem conter – e contar – o mesmo “enredo”.

Uma das primeiras providências que considero nesse sentido – identificar o “enredo” dos sintomas – é a de tentar reconhecer “temas” no paciente. A alusão a “temas” mais antiga que conheço data de 1901 e encontra-se na 2ª edição do Guia Terapêutico Homeopático de Nash, no relato de um caso de Stramonium, mas o conceito foi estruturado modernamente por Masi-Elizalde, e desde então aparece sendo aplicado com sentidos e em contextos diversos. “Tema” é por ele definido como uma “constante de vulnerabilidade ou de reatividade”, ou seja, tudo que indique um padrão de sofrimento ou de reação contra tal sofrimento constitui um “tema”. Uma modalidade pode constituir um tema. Assim, “tema do crepúsculo”, caso o enfermo apresente sintomas que agravem no crepúsculo.

Um “argumento” reconhecido na história do paciente pode constituir um tema. O paciente sente-se “inválido”, “um aleijão”, “um torto”: “tema da invalidez”. Se o paciente se compadece do sofrimento dos animais e apresenta ilusões com animais, constituímos o “tema dos animais”, que incluirá não apenas os medicamentos das rubricas repertoriais correspondentes,

MIND; DELUSIONS, imaginations; animals, of /

MIND; SYMPATHETIC, compassionate; animals; only for,

mas também os presentes em rubricas que compartilham o mesmo “mote”, por exemplo:

MIND; CARES, worries; full of; nature, for, animals, plants etc. /



MIND; CRUELTY, brutality, inhumanity; animals, to /

MIND; DREAMS; animals, of /

MIND; FEAR; animals, of /

MIND; IMITATION, mimicry; voices, motions and gestures of different animals, of /

MIND; JEALOUSY; animals and objects, of /

MIND; LOVE; animals, for /

GENERALITIES; FOOD and drinks; feces, desires; animal.

Qual a vantagem disto? Contornar as limitações dos sintomas como se apresentam à matéria médica e se representam no repertório. O tema, ao valorizar o “enredo” dos sintomas (em detrimento de sua forma estrita de expressão) cria um conjunto de referências cruzadas automáticas entre eles, que reduz o risco de se tomá-los literalmente.

Em nosso exemplo o tema prevê a possibilidade de um paciente que, em certo momento miasmático, ame animais, em outro, seja cruel com eles. Importa pouco que o paciente apenas relate ‘compaixão’ e ‘ilusões’ com animais, já que é possível, é provável, que ele em algum ponto de sua existência apresente ou tenha apresentado também ‘sonhos’ ou ‘medo’ ou ‘inveja’ ou ‘aversão’ ou ‘cuidados’ em relação a eles.

O tema, portanto, é uma dado informativo mais abrangente que o sintoma. Se o paciente apresenta um anseio por luz, em mais um exemplo, o “tema da luz” incluirá não apenas os medicamentos que figurem na rubrica específica



MIND; LIGHT; desire for, e nas imediatamente associadas,

MIND; DELIRIUM; light, with desire for /

MIND; INSANITY, madness; company, with desire for light and /

MIND; LONGING; sunshine, light and society, for /

MIND; LIGHT; desire for; company, and /

MIND; LIGHT; desire for; menses; during /

MIND; LIGHT; desire for; menses; after /

MIND; LIGHT; desire for; sunlight /

MIND; MANIA, madness; desire for light and company, with /

EYE; PHOTOMANIA /

EYE; PHOTOPHOBIA; daylight; desires lamp light, mas os de todas aquelas em que a temática da luz – e de sua falta – esteja representada. Assim, cobrimos a escuridão, os objetos brilhantes, a luz de velas, a luz do sol, a aurora boreal, etc.

Há pacientes em que o tema argumental se desdobra em tantos sintomas que fica evidente a correção de enfatizar-se o conteúdo em detrimento da forma que o conceito de tema encerra. Gostaria de tomar como exemplo uma paciente que acompanho há 17 anos. Alguns trechos de seu relato em momentos distintos do tratamento:

Sente-se suja, repulsiva.



Sente-se fedorenta.

Sente um gosto na boca que lhe dá nojo.

Sensação de merda pelo corpo.

Sensação de cocô na garganta.

Sonha que está em uma banheira cheia de merda.

Sonha que tem de acomodar visitas em casa, mas há bosta de vaca debaixo dos colchões.

Sensação como se espalhasse pedacinhos de merda.

Nojo do chefe. (Sonhos eróticos com o chefe.)

Nojo do dedo do padre que lhe dava a hóstia em criança.

Nojo de si própria.

Sensação de não ser digna de ser amada por ser repulsiva.

Sensação de podridão interna.

Decepção ao constatar a banda "podre" da terapeuta que a acompanha.

Sensação de estar "estragada".

Sonha com coisas estragadas.

Sonha que a mãe tem um carnegão.

Sonha com vermes.



Sonha que saem vermes dos cravos que espreme.

Sente-se feliz quando espreme cravos.

Sonha que há uma minhoca em seu prato.

Sente-se suja quando menstrua pouco.

Sempre se relaciona com homens "meio apodrecidos".

Evita sexo oral para não "sujar" a garganta.

Sente nojo, repugnância do hospital psiquiátrico, uma "pocilga". ("Se tratasse de loucos, vomitaria o tempo todo.")

Teme morrer e que demorem a achá-la, já que vive só; mas lembra que a empregada vem toda semana, e que por isto vai "ficar podre só por sete dias".

Adora jejuar e ter diarréia porque "parece uma faxina".

Trata-se claramente de um mesmo tema, presente em sensações, sonhos, ilusões, atitudes e linguajar. Provérbios, máximas, aforismos, adágios, ditados populares, expressões em sentido figurado, gírias, termos pejorativos, palavras que o paciente utilize muito freqüentemente ou que sejam incomuns, pitorescos, podem constituir temas – são os chamados temas-palavra. Cito o caso de uma paciente que a propósito das coisas mais díspares usava a palavra "elo" uma dezena de vezes a cada consulta: "tema do elo". Ou o paciente que adorava repetir que se devia "separar o joio do trigo". Ou o que empregava a expressão "calcanhar de Aquiles" para indicar a debilidade da relação amorosa, do vínculo com o trabalho, do país, etc.



Para reconhecer certas associações entre linguajar e medicamento, utilizo com certa frequência um índice por mim compilado que atualmente conta com cerca de 3000 expressões, e também um banco de temas de aproximadamente 300 medicamentos. Sempre que os consulto com proveito fico com a impressão de que o repertório do futuro adotará em alguma medida a estrutura de um “thesaurus”, mesmo mantendo os sintomas do repertório como o conhecemos hoje. Regiões corporais, órgãos e tecidos eletivamente acometidos ou tipos de alterações morfo-funcionais preferenciais podem igualmente constituir temas. Assim, o “tema do hipocôndrio direito”, o “tema do baço”, o “tema das verrugas”, o “tema das hemorragias”, o “tema das articulações”, o “tema da peristalse reversa”, o “tema da afonia”, etc. A seguir tento evidenciar alguma relação de sentido entre os temas, isto é, agrupo temas. É o que chamamos de “agrupamento temático”. Por exemplo, podemos agrupar os temas das “dores em queimação” e do “fogo”, em vista de sua evidente conotação. A seguir distribuo os sintomas presentes entre sintomatologia de “sofrimento” e de “defesa”. Assim, “medo de animais”, por exemplo, figurará como sintoma de sofrimento, e “cruel com animais”, como sintoma de defesa.

Deus no Laboratório

A idéia subjacente a este modelo de abordagem do paciente homeopático é bastante simples: há no enfermo um sofrimento original, endógeno, essencial – uma “úlceras vital”, como expresso por Kent -, que é o pivô de toda a sintomatologia e responsável por ela se constituir numa rede complexíssima, mas congruente e inteligível de sinais. A investigação – que se inicia pela colheita de sintomas, passa por sua conversão a temas e de temas a agrupamentos temáticos, pela identificação dos conjuntos de sofrimento e reatividade, entre outras etapas – objetiva a revelação deste sintoma-fonte. A concepção, que exporei apenas brevemente, é de Masi-Elizalde, e desde sempre causou polêmica entre os homeopatas. Não é de



fato científica, e não vejo como possa algum dia sê-lo em vista da improbabilidade de se consubstanciá-la “in toto”, mas considero isto absolutamente irrelevante, e como prático, não esperarei que a ciência examine Deus em laboratório para confirmar ou desatourizar minhas condutas clínicas. O curioso é que tal condição, a de não ser “científica”, justifique a reprovação a um modelo teórico-prático – que deveria impor-se por sua coerência interna e por prover respostas lógicas a problemas doutrinários e técnicos até então insolúveis – num saber, o homeopático, repleto de categorias e conceitos não considerados ou simplesmente rejeitados pela ciência, como os de “força vital”, “supressão”, “metástase mórbida”, “doses infinitesimais”, “miasmas”, entre outros. (E o lamentável, o patético, é que muitíssimas vezes a concepção não é confrontada como deveria ser, com argumentos, para que todos – defensores e oponentes – pudessem tirar alguma vantagem do debate, mas com a mais rala intolerância, que costuma variar da xenofobia ao nonsense: já ouvi da boca de alguns colegas que tais idéias não deveriam merecer consideração, porque o autor é “um argentino”, ou porque se trata de um “fumante inveterado”! Em geral, e não por acaso, são os que praticam a homeopatia com mentalidade de cirurgião.) Para que seja possível a compreensão do enfermo, devemos integrar todos os planos de expressão de sua sintomatologia, e reconhecer neles o fio condutor que lhes dá sentido e justifica doença clínica, sensações, desejos, sonhos, atitudes. Quando compreendemos que *Eryngium aquaticum*, diagnóstico diferencial de *Natrum muriaticum*, sofre por perceber que não é possível conservar perpetuamente a vida, entendemos que deteste a idéia de envelhecer, a idéia do decaimento, da decrepitude, que sonhe com múmias, e que melhore próximo ao mar – símbolo da vida. Esta é a sua enfermidade, o que chamamos de psora primária. Quando compreendemos que *Arnica montana* sofre por sentir-se vulnerável – e esta é a sua enfermidade -, entendemos a razão dos transtornos por traumatismo, do temor a ferir-se, dos sonhos com



acidentes, da recusa à ajuda médica, já que “está bem”, e até do seu organotropismo – não casualmente Arnica é um vulnerário. Ou seja, identificamos o mesmo estigma “essencial” – em oposição a acidental – tanto na natureza do indivíduo quanto no da substância-similimum, o que denota a legitimidade do princípio da semelhança. Quando compreendemos que Natrum carbonicum sofre pela existência da desarmonia – e esta é a sua enfermidade -, elucidamos não apenas suas atitudes de arbitragem, mediação e conciliação, que compõem uma modalidade possível de defesa contra o sofrimento – no caso objetivando a instauração da harmonia -, o que chamamos de psora terciária, mas também sua agravação pela música – entendida como combinação harmônica de tons – e até sua deselegância. O mau gosto no vestir de Natrum carbonicum é uma determinação miasmática, não cultural, e denota uma aceitação da desarmonia.

A enfermidade, assim, é única, acomete toda a economia, e se revela nos diversos planos orgânicos segundo suas respectivas capacidades de expressão. (Como disse, um sintoma orgânico é tão revelador, embora não tão imediatamente inteligível, quanto um sintoma mental, e muitas vezes temos de apelar a disciplinas como a simbologia para entender seu significado.) O caráter que a enfermidade miasmática assume depende das determinações que o paciente imprime à sua conduta. Resumidamente, o paciente em sofrimento “puro” encontra-se em psora primária, isto é, não há um cenário definido, um contexto, para o sofrimento – “medo”; o paciente que projeta seu sofrimento no meio – “medo de sofrer um acidente” – se desloca à psora secundária; e o que interage com o meio visando proteger-se do sofrimento – “cautela para não sofrer acidentes” – passa à psora terciária. A psora terciária admite duas modalidades principais de defesa, que apenas mencionarei: a egotrófica, de negação do sofrimento – “nada pode me afetar, sou invulnerável” -, e a lítica, de resignação frente ao sofrimento – “por mais que me acautele, vou sofrer um acidente e me ferir – ou destruição – “vou



ferir para não ser ferido”. O importante é que se trata, na verdade, de um único e mesmo processo: a enfermidade-sofrimento, que se desdobra na enfermidade-defesa, ou seja, a enfermidade é unimiasmática. O enfermo, tendo sucesso em proteger-se do sofrimento, fixa-se numa atitude de defesa ou noutra, ou no caso de fracassar, vivencia uma crise psórica, em que o sofrimento eclode, ou altera a defesa. Isto é o que Masi-Elizalde define como “dinâmica miasmática”: o enfermo em geral transita entre os miasmas, passando do sofrimento à defesa, ou da defesa ao sofrimento, ou de uma defesa egotrófica a uma lítica ou vice-versa. A implicação semiológica deste conceito é clara, e justifica sua inclusão como uma etapa de investigação do enfermo e do estudo da matéria médica: como há coerência entre sofrimento e defesas, podemos inferir a enfermidade do indivíduo, e portanto estabelecer o diagnóstico medicamentoso, pelo modo como se defende. E mais, o conceito de dinâmica miasmática fornece o mais confiável parâmetro para o seguimento do caso. A vigilância miasmática é fundamental para afirmar-se que o paciente está em processo de cura ou não. Jamais devemos nos contentar apenas com a suposta “sensação subjetiva de bem-estar” afirmada pelo enfermo. Um medicamento similar, portanto inadequado, pode produzir uma acomodação miasmática reativa mais bem-sucedida que não apenas resulte em melhora clínica, como também em conforto mental. Assim, sempre acato a norma técnica de interrogar sobre a melhora do paciente.

Trabalho sempre com a expectativa de que, independentemente do prognóstico clínico firmado – de funcional a incurável -, o processo de cura homeopático engendre no paciente uma inquietação de ordem metafísica, que o leve a ocupar-se da questão transcendente que permeia a sua existência, a mesma que, negligenciada, enferma-o, e considerada, impele-o vocacionalmente à sua respectiva felicidade de homem. E “ocupar-se da questão transcendente que permeia a sua existência” é tarefa mais mundana



do que parece. Um indivíduo *Aquila chrysaetos* em processo de cura pode indicar a inquietação existencial própria do processo de cura ao estudar o vôo, ao aderir ao prosaico passatempo do aerodelismo ou ao dedicar-se à observação de pássaros. Um *Argentum nitricum*, ao interessar-se por relógios. Um *Alumina*, por escultura em barro.

Muito resumidamente estas são as idéias que tento pôr em prática em meu dia-a-dia. Não é tarefa fácil, mas mesmo assim me sinto recompensado por dedicar-me a aplicá-las. Elas compõem uma concepção que contempla o drama do enfermo sem banalizá-lo, e independentemente de sua correção ou de sua abrangência como princípio explicativo do fenômeno do adoecimento, certamente faz justiça ao verdadeiro espírito da homeopatia.