



CAPÍTULO III

O PROGNÓSTICO

E descendo Ele do monte, seguiu-o uma grande multidão.

E eis que veio um leproso, e o adorou, dizendo: Senhor, se quiseres, podes tornar-me limpo.

E Jesus, estendendo a mão tocou-o dizendo: Quero, sê limpo. E logo ficou purificado da lepra.

Disse-lhe então Jesus: Olha não o digas a alguém, mas vai, mostra-te ao sacerdote, e apresenta a oferta que Moisés determinou, para lhes servir de testemunho.

(Mateus 8:1 a 4)



E descendo ele do monte, seguiu-o uma grande multidão.

(Mateus 8:1)

A CHAVE DA CIÊNCIA

1 – Descer Jesus do monte significa abaixá-lo a uma posição mais próxima de nós.

Mais uma vez o texto evangélico exprime com clareza, a capacidade da multidão de contactar com o Cristo, quando caminha por conceitos mais elevados. O enxame humano não participara de um dos momentos mais altos do Evangelho: o insuperável Sermão da Montanha. Segundo registro anterior do mesmo evangelista, **Jesus vendo a multidão, subiu a um monte, e, assentando-se, aproximaram-se dele os seus discípulos.** (Mateus 5:1)

A maioria dos que nos propomos a seguir o Cristo, até hoje, não temos alcançado o entendimento das lições evangélicas em sua essência; prosseguimos no terra-a-terra. Só enxergamos fatos e fenômenos, sem possibilidades de extrair-lhes os princípios vigentes.

2 – Fenômeno idêntico repete-se entre os profissionais da saúde, e os recursos terapêuticos em que atuam. Muitos têm que abaixar a altitude ou potencialidade de seu instrumental de trabalho, para exercer a atividade. Este é um dos motivos que contribuíram para o surgimento do super especialista na medicina contemporânea, juntamente com o comodismo. Entretanto, mesmo se dedicando muito mais a uma patologia, ou secção de uma determinada especialidade, o profissional pode demonstrar uma tendência a aprofundar os seus conhecimentos, *subindo o monte*, ou a permanecer na periferia como se todas as dúvidas já tivessem solução, estacionando em sua prática e, portanto, *descendo o monte*.

3 – Sabe-se algumas profissões mostram-se mais atrativas aos acomodados; enquanto outras seduzem os astutos, e ainda umas congregam maior número de exploradores.

O atual estágio da homeopatia favorece aos desafiadores, isto é, aqueles que apreciam enfrentar obstáculos interiores, em função da elevada quantidade de conceitos pessoais a serem reformulados, e da exigência de um estudo permanente, por um longo período, para se atingir as condições mínimas para um exercício competente desta especialidade. Daí, o volume excessivo de desistências ao longo dos cursos; vislumbra-se uma fonte preciosa de benefícios, mas não se quer ter o trabalho de capacitar-se devidamente. Em muitos casos, isto é plenamente justificável. Para um médico com vida profissional e familiar já estruturada, voltar a ser um estudante de homeopatia, dispondo de tempo e finanças necessárias, realmente fica difícil. Há que se ter paciência e levar alguns anos para completar a transição, assumindo o papel de homeopata aos poucos, sem descuidar dos estudos, porque os cursos de dois ou três anos se deve encarar como uma iniciação à matéria. A maturidade desponta quando o indivíduo, sabendo-se ainda despreparado, lança-se por inteiro na prática, não reservando uma boa fração de horas semanais para o estudo dos casos clínicos que se colocam sob sua orientação.



4 – Em todas as atividades, a maioria dos profissionais atua na faixa média; poucos se destacam, tanto para mais, como para menos. Este predomínio implica num avanço relativamente lento da ciência, porque poucos criam, trazendo alguma contribuição efetiva; quase todos só conseguem repetir o que lhes é ensinado, mas como estão em grande número, suas idéias e opiniões acabam por prevalecer nos serviços e instituições, e mesmo na informação transmitida à população sobre o significado da atividade que desempenham. Considerando a incapacidade desta imensa fração de profissionais para atuar num nível mais alto, seus elementos funcionam como espécie de resistência ao progresso científico, e assim vale a pena recordar: **Ai de vós, doutores da lei, que tirastes a chave da ciência...** (Lucas 11:52)





E eis que veio um leproso e o adorou, dizendo: Senhor, se quiseres, podes tornar-me limpo.

(Mateus 8:2)

A PRÉ-HANSENÍASE

5 – A hanseníase apresenta, dentre outras, quatro características que merecem atenção:

a – lesões na pele do tipo *máculas hipocrômicas, eritematosas ou eritemato-hipocrômicas com anestesia ou hipoanestesia*¹.

b – ... *infiltração cutânea e destruição de nervos periféricos*².

c – ... *o desfiguramento e a deformidade podem ser produzidos pelo processo mórbido ou pelas conseqüências da perda de inervação trófica, sensitiva ou motora*³.

d – *contagiosidade*.

Traçando-se um paralelo, o indivíduo saudável que denota demasiada diminuição da sua sensibilidade corre o risco de atuar desumanamente; se as suas atitudes ferem os padrões humanísticos, passa a ser visto como uma degeneração da espécie, alguém cuja configuração revela traços desalinhados: finalmente quando a deformação é acentuada surge a perda de componentes identificativos do gênero humano e a alteração transforma-se em mutilação. *A insensibilidade evolui para o distúrbio de conduta e este para a desumanização.*

6 – O gesto de adoração e os dizeres do hanseniano no texto evangélico demonstram posse de conhecimento: *Se quiseres, podes...* Ele pensa que se o Senhor quiser, tem poderes suficientes para curá-lo. Não há vestígios de crença ou fé, mas denota segurança, oriunda do conhecimento.

Assim também as criaturas *pré-hansenianas*, quando em fase de desajuste social ou desumanização, ostentam o raciocínio preservado, conduzindo-se com aparência de normalidade, não fossem as marcas de crueldade e ódio que espalham.

Quando enfim, começam a atrair incautos e invigilantes para os seus objetivos mesquinhos e desprezíveis, inicia-se a fase da contagiosidade.

Os líderes da guerra e da destruição personificam o *pré-hanseniano*. Cegos no rumo de suas conquistas, ególatras em alto grau, não sentem a dor e a miséria que desencadeiam. *Entretanto, freqüentemente, conservam intrigante lucidez.* Depois, retornam carcomidos no próprio corpo, autodestruindo-se, e conservam plena consciência. E as características de personalidade que foram outrora motivo de atração de incautos, manifestam-se fisicamente, agora por intermédio da transmissão de bacilos. Aquele que antes introduzia à ruína, friamente, vê-se hoje um produtor involuntário de destruição. A essência do fenômeno é a mesma; o tempo aponta em que etapa de superficialização um determinado caso estagia.

O que foi atração para o desequilíbrio, agora é contágio para a enfermidade e só acomete os suscetíveis.

Estes a temem, porque se reconhecem, inconscientemente, vulneráveis. Transita-se da atração ao horror. *O desfiguramento é a principal razão para o medo e a repugnância histórica e tragicamente ligados à doença*⁴.



7 – Outra correlação interessante é que *as lesões clínicas principais ocorrem nos tecidos mais frios do organismo: pele nervos superficiais, nariz, faringe*⁵. Ora a lesão destrutiva em regiões mais frias significa exatamente que a atitude agressiva ou a maldade inescrupulosa aconteceram em regime de frieza e de indiferença para com a dor alheia. Recordando os campos de concentração da Segunda Guerra Mundial, somos impelidos a supor que aqueles dias sombrios deram chance ao aparecimento de muitos pré-hansenianos. Somente a infinita bondade de Deus pode conceber um recurso à medicina, para aliviar as futuras chagas destes indivíduos, quando o processo mórbido se instalar em suas vestes orgânicas.

Mas esta desumanização não depende de cenas de agressão e sangue; é no reduto doméstico, verdadeiro santuário que, lamentavelmente, concretizam-se degradantes projetos. Entre pais e filhos, ao longo do tempo, deterioram-se os mais belos sentimentos, deturpam-se ideais alvissareiros; sufocam-se esperanças sustentadoras; exterminam-se alegrias inocentes; aniquilam-se sonhos ternos; envenenam-se florações de gratidão e asfixiam-se chances de amizade.

8 – Segundo a classificação que estabelecemos nos capítulos anteriores podemos classificar o enfermo deste caso como **cerebral**, baseado em sua alocação *podes tornar-me limpo*, onde admite que a doença estava nele como um todo, e a cura dependia de uma limpeza ou transformação geral dele mesmo. Um paciente *epidérmico* concentraria toda sua atenção no fator externo, o qual obrigatoriamente deveria ser concreto, tangível, e cuja ação curativa seria específica para o seu mal; um *muscular* buscaria como fator externo algo que modificasse favoravelmente alguma circunstância de sua vida, e o *cerebral* emprega como recurso terapêutico o seu próprio trabalho, a sua atuação no mundo, ou seja, o que o cura é verificar produziu algo útil ao próximo, mesmo em circunstâncias adversas com ou sem obter alívio dos sintomas físicos de sua enfermidade.

Ainda de acordo com a priorização proposta no caso número 2, para *paciente cerebral*, com quadro clínico estável, a primeira terapêutica indicada é um recurso tipo *geral*, seja religioso ou qualquer outro desta categoria.

9 – Respeitando-se o esquema de prioridade, o *resultado provável* (RP) fica na dependência de outras variáveis além do paciente, do terapeuta, e do recurso terapêutico, que são a *expectativa de cura* (EC), do enfermo, e o grau de acometimento da *enfermidade* (Ef), que veremos nos próximos versículos, isto porque o fato de se aplicar um recurso terapêutico adequado a um determinado paciente não garante nenhum resultado. *Quantas pessoas, já conscientes da relação mente-corpo nas enfermidades, buscam alívio ou prevenção através da religião, psicoterapia, arte ou trabalho, sem obter resultado significativo?* A capacidade de aproveitamento do dispositivo terapêutico é um item eminentemente individual. Este *potencial de cura*, quando elevado, confere rapidez e estabilidade ao resultado.

10 – *O estudo deste trecho evangélico reforça a necessidade de se valorizar a medicina preventiva, em seu aspecto profundo, fazendo com que cada um analise e descubra em si mesmo, as características doentias, a fim de curar-se antes de manifestações físicas graves; em segundo lugar, ao fortalecer o próprio potencial de cura,*



*possibilita a erradicação de processos enfermigos já instalados em sua personalidade. Em geral, sabe-se o que se deve fazer ou mudar, porém ignora-se como alcançar a modificação necessária. É preciso concentração de energia, firmeza de propósito, e perseverança na ação; concentração interna, silenciosa, amadurecendo no íntimo os objetivos para se conseguir um bom impulso inicial; isto constitui ponto importantíssimo na estratégia de quem deseja sinceramente curar-se. Quando mais arraigado um desajuste de comportamento, maior maturação interior de forças antes de qualquer tentativa, para se evitar fracassos ou recaídas precoces, e não aconteça como o imprevidente da parábola: **Este homem começou a edificar e não pôde acabar.** (Lucas 14:30)*



E Jesus, estendendo a mão, tocou-o dizendo: quero, sê limpo. E logo ficou purificado da lepra.

(Mateus 8:3)

INVERSÃO POSITIVA

11 – Os grandes regenerados e convertidos, destacando-se Paulo de Tarso, não se tornaram santos de um momento para outro. De início, modificou-se apenas um conceito básico: o Cristo é o Messias e não um transgressor da Lei. Todo o restante de sua transformação foi se construindo sobre este alicerce. Entretanto, a diferença entre o homem que saiu de Jerusalém e o que chegou a Damasco torna-os irreconhecíveis um perante o outro; em suma, não se trata de um mesmo homem. Partindo do Sinédrio, era alguém como propósitos homicidas, mas aportando na casa de Judas, na rua Direita, albergava respeitável sentimento de humildade. (Atos 9:11)

Ser tocado pelo Cristo significa mostrar-se capaz de amar alguma coisa, alguém ou alguma causa. Em raras ocasiões, deparamos com enfermos que realizam um aproveitamento muito além daquele comum aos que se utilizam de determinado recurso terapêutico.

12 – Acontece nestes casos, outro modelo de inversão, em que o paciente do tipo *cerebral* transforma um dispositivo de cura *local* em *geral*. Situemos um exemplo: paciente em tratamento de câncer através de meios tradicionais como cirurgia, radioterapia ou quimioterapia, que segundo nosso enfoque são recursos *locais*, na medida em que não interferem na parte mental da enfermidade. Podemos englobar nesta categoria *local*, os tratamentos mediúnicos, como ou sem “operação”, pois o indivíduo mantém-se passivo durante a intervenção e comumente não se lhe provoca nenhuma mudança psíquica. Deste modo, a extirpação do tumor por si só, não traduz solução, tanto faz se o processo foi cirurgia médica ou mediúnica. Entretanto, alguns pacientes nestas horas de angústia e sofrimento, conseguem efetuar verdadeiras metamorfoses de temperamento, uma espécie de renascer da própria personalidade, transformando os componentes doentios de seu caráter, que correspondiam à fração psíquica do câncer (vide caso número 8 item 22). Apenas estes se poderiam considerar seguramente curados. Dir-se-ia que chegaram a amar a doença, como uma experiência valiosíssima de vida, e ao recurso terapêutico, mesmo *local*, como benção inigualável.

13 – Outro aspecto de fundamental importância para se determinar o *Resultado Provável* (RP) do tratamento de algum caso, além desta possível inversão descrita acima, é o que se entende por *merecimento*, nos meios espiritualistas, e *culpa*, em termos psicológicos. *A noção de exigência de merecimento para se obter a cura, e o sentimento de culpa exagerado pela estruturação de uma patologia grave são fatores obstantes à recuperação.* Não se pode negar, de forma alguma, a responsabilidade individual quanto à própria doença, contudo, se houvesse dependência de mérito para se alcançar novamente a higidez, é muito provável que isto jamais se daria, tal a escassez de candidatos. É preciso inserir a misericórdia neste teorema, que representa ainda uma incógnita para imenso número de pessoas. *Esta misericórdia nada mais é que o toque do Cristo. Os diferentes recursos terapêuticos apresentam-na, cada um dentro de seu nível de atuação: o anestésico, suavizando esplendidamente momentos cirúrgicos que seriam insuportáveis; o*



analgésico, proporcionando alívio à dor que obscurece a razão e impede o trabalho; o psicoterapeuta, facilitando a descarga de emoções e devolvendo reflexões reequilibrantes; o medicamento homeopático simillimum, desencadeando resultados psicofísicos que ultrapassem, em muito, o que o paciente esperava de si mesmo etc. Libertando-se dos grilhões da culpa e das exigências de merecimento, o enfermo passa a crer cada vez mais na possibilidade de sua recuperação, o que denominamos de **expectativa de cura**, representando um índice fundamental para o estabelecimento do *prognóstico*, que significa a previsão quanto à evolução e resultado final da doença.

EXPECTATIVA DE CURA

14 – A *Expectativa de Cura* (EC) pode ser verificada, através da postura ou iniciativa do paciente para com o tratamento, e o quanto ele acredita na possibilidade de curar-se. Podemos dividir a EC em cinco grupos, de acordo com a atitude perante o recurso terapêutico: *ativa, passiva, descrente, displicente, e refratária.*

a) *Ativa – porque uma mulher, cuja filha tinha um espírito imundo, ouvindo falar dele, foi, e lançou-se aos seus pés.*

E esta mulher era grega, sirofenícia de nação, e rogava-lhe que expulsasse de sua filha o demônio. (Marcos 7:25-26)

Neste grupo *ativa*, incluem-se aqueles que têm iniciativa, tomam providências, buscam uma resposta mais efetiva para os seus males. Se um recurso terapêutico revela-se insuficiente, demandam outro mais eficaz; quando o resultado é transitório, recorrem a algo para que se estabilize. Notamos a existência de dois subtipos: 1) *convicta* – revelam confiança acentuada na própria cura; 2) *vacilante* – admitem-na, porém com hesitações ou dúvidas.

Contudo, mais importante que a iniciativa pessoal e a persistência em tentar soluções, o estado íntimo é que determina o resultado. Por exemplo: um paciente pode submeter-se por muitos anos a diversos RT (Recursos Terapêuticos), premido por algum desconforto mais sério, pensando, invariavelmente, que seu caso não obterá alívio. É necessário, portanto, investigar se o enfermo, ao colocar-se sob algum tratamento, considera a chance de recuperar-se como algo concreto, seguro, ou acha que vai alcançar tão-somente uma amenização de seus problemas.

15 – b) *passiva – e, olhando para todos em redor, disse ao homem. Estende a tua mão. E ele assim o fez, e a mão lhe foi restituída sã como a outra.* (Lucas 6:10).

O enfermo deste agrupamento denota ausência de iniciativa. O recurso terapêutico vai ao encontro dele para protegê-lo e socorrê-lo. Dentre outros, podemos citar as campanhas públicas de vacinação, as orientações sobre higiene ou hidratação oral para diarreia em crianças, e as sugestões deste ou daquele procedimento ou medicação realizado espontaneamente por amigos e familiares do enfermo.

O mérito do paciente está em seguir, a prescrição recomendada, como no versículo acima: *E ele assim o fez.* Por este motivo, torna-se, em grau menor, também ativo, e poderia se denominar de *ativa em potencial.*

Outro subgrupo de EC passiva seria a *intercessória*, onde um ou mais indivíduos assumem todas as providências em benefício de algum enfermo, sendo esta modalidade



muito comum no tocante a crianças, pessoas imaturas e doentes mentais. O nível de empenho e de convicção dos intercessores entra como uma espécie de intermediador no processo; a intensidade de uma crença, otimismo e esperança num dado RT é absorvida totalmente pelo enfermo, na sua condição de passividade. *E vieram ter com ele (Jesus) conduzindo um paralítico, trazido por quatro. E não podendo aproximar-se dele, por causa da multidão, descobriram o telhado onde estava, e, fazendo um buraco, baixaram o leito em que jazia o paralítico. E Jesus, vendo a fé deles, disse ao paralítico: Filho, perdoados estão os teus pecados (...) E levantou, e, tomando logo o leito, saiu em presença de todos...* (Marcos 2:3-22)

16 – c) *descrente* – neste item estão os pacientes acomodados à própria enfermidade, que não tomam nenhuma medida para sanar sua moléstia, nem dispõem de intercessores capazes de nitervir junto aos RT.

Mesmo quando se utilizam de dispositivos de cura eficientes e adequados, continuam dominados pelo pessimismo, transformando-se em obstáculo importante à recuperação. No terreno psíquico, o indivíduo também descrê da possibilidade de efetuar modificações em seu caráter, e se mantém inerte ante o esforço próprio necessário para atingir tal meta, bem como despreza todos os mecanismos externos que poderiam contribuir a este desiderato. A descrença pode ser para consigo mesmo ou para com o agente terapêutico, porém o efeito é idêntico, dificultando o trabalho do terapeuta e do RT.

Não é este o filho do carpinteiro? (...) donde lhe veio, pois, tudo isto? e escandalizam-se nele (...) e não fez ali muitas maravilhas, por causa da incredulidade deles. (Mateus 13:55-58)

17 – d) *displicente* – são os pacientes que se empenham na busca de um resultado satisfatório, acreditam na chance de alcançá-lo, e quando isto acontece comportam-se como perdulários, e voltam a se enfermar pouco depois. Na esfera mental, corresponde aos que não protegem as mudanças realizadas, e recaem nos estados emocionais desajustados que antecederam à cura, ou manifestam desequilíbrios equivalentes aos primeiros. Certa feita o Cristo foi procurado por um grupo de enfermos: *dez homens leprosos, os quais pararam de longe; e levantaram a voz dizendo: Jesus, Mestre, tem misericórdia de nós (...) e aconteceu que, indo eles, ficaram limpos. (...) e, respondendo, Jesus, disse: não foram dez os limpos? E onde estão os nove? Não houve quem voltasse para dar glória a Deus senão este estrangeiro? E disse-lhe: levanta-te, e vai; a tua fé te salvou.* (Lucas 17:12-19)

18 – e) *refratária* – recusam-se a aceitar a terapêutica recomendada, mesmo se a indicação parte de alguém credenciado para opinar sobre o assunto. No terreno psíquico aparece nas pessoas que, conhecendo ou não o valor de uma determinada prescrição, opõem-se a executá-la.

E, quando desceu para a terra, saiu-lhe ao encontro, vindo da cidade, um homem que desde muito tempo estava possesso de demônios, e não andava vestido, nem habitava em qualquer casa, mas nos sepulcros. E, quando viu a Jesus, prostrou-se diante dele, exclamando, e dizendo com grande voz: que tenho eu contigo, Jesus, Filho do Deus Altíssimo? Peço-te que não me atormentes. (Lucas 8:27-28)

Em resumo, temos o seguinte esquema de Expectativa de Cura:

- 1) *Ativa* – a) *convicta*; b) *vacilante*;
- 2) *Passiva* – a) *ativa em potencial*; b) *intercessória*;
- 3) *Descrente*;



4) *Displicente*;

5) *Refratária*.

É interessante constatar que o tipo de paciente – *epidérmico, muscular e cerebral* – não guarda relação direta com o nível de *expectativa de cura*. Um *epidérmico* pode ser simultaneamente *ativo-convicto*, como a mulher hemorroíssa, do caso número 1, bem como um *cerebral* pode postar-se como *displicente*, a exemplo – aparentemente – do enfermo da *parábola do rico e Lázaro* que, embora a situação destacada após a morte, *no seio de Abrão*, parece ter se acomodado no tocante à sua doença: *ora, havia um homem rico, e vestia-se de púrpura e de linho finíssimo, e vivia todos os dias regalada e esplendidamente. Havia também um certo mendigo, chamado Lázaro, que jazia cheio de chagas, à porta daquele; e desejava alimentar-se com as migalhas que caíam da mesa do rico; e os próprios cães vinham lambe-lhe as chagas e acontece que o mendigo morreu...* (Lucas 16:19-22).

A ENFERMIDADE

19 – Outro item que pode influenciar no *Resultado Provável (RP)*, está relacionado com a trajetória da patologia, o que implica em dizer que cada enfermidade possui uma espécie de predestinação, dependendo do enfermo. Os antecedentes ocultos e desconhecidos têm enorme importância no estabelecimento do quadro final da doença. Qual fator determina num paciente, dores articulares brandas, sem maiores repercussões, enquanto, noutra, elas evoluem rapidamente para manifestações de uma artrite reumatóide grave? Não seria mais lógico pensar que a tendência individual contribui bastante para a definição da intensidade da doença? Deste modo, os fatores que podem intervir favoravelmente no destino da moléstia ficam com chances cada vez mais reduzidas, à medida que as forças internas que predispõem a um agravamento sejam poderosas.

Neste aspecto podemos dividir as enfermidades em três tipos: discretas, moderadas e graves.

a) discretas (ou transitórias) – a predisposição a apresentar certa moléstia é pequena, e, portanto, os sinais e sintomas não são muito ostensivos. Nestas ocasiões, o nome da doença, por exemplo, pneumonia, febre reumática, hanseníase, etc., são inconvenientes porque vinculadas, por tradição, a quadros graves, o que não ocorre obrigatoriamente em todos os casos. A maioria das enfermidades pode se classificar em qualquer uma das três gradações, dependendo de cada paciente. A varicela (ou catapora) é uma alteração benigna, porém em determinadas circunstâncias torna-se grave. A resposta aos recursos terapêuticos, neste grupo, é frequentemente satisfatória, pois há uma propensão espontânea para manter-se sob controle do organismo, prevalecendo o monismo.

20 – b) moderadas (ou intermitentes) – os sintomas ocasionam perturbações mais evidentes, e as enfermidades mostram-se com seus sinais típicos, facilitando o diagnóstico só pelo exame do paciente ou através de exames laboratoriais. Neste grupo encaixam-se as moléstias crônicas permanentes e as que se manifestam através de surtos esporádicos, e aqui há necessidade de se ajustar o tratamento adequado sob pena de prolongar a duração do distúrbio. Vejamos: um enfermo com asma brônquica moderada (que pode também ser, com já dissemos discreta ou grave, dependendo do paciente) será medicado com dispositivo terapêutico “geral” sempre que possível, isto é, quando estável ou em crise, reservando-se o recurso “local” para situações de fracasso do primeiro, o que ocorre, às vezes, nas

acutizações clínicas ou nas descompensações psíquicas. Pode-se afirmar que há uma alternância entre o estado monista e o dualista, e quando este é muito pronunciado, o recurso terapêutico geral (que passaremos a abreviar por RG) às vezes é impotente para restabelecer o equilíbrio, requerendo-se um recurso terapêutico local (abreviadamente RL).

21 – c) graves (ou constantes) – instalou-se de maneira permanente uma condição de dualidade, conforme visto no caso número 2, item 37. Subdivide-se em dois tipos:

c-1) estacionada – a enfermidade, apesar de grave e constante, encontra-se sob controle, progredindo imperceptivelmente, ou por meio de descompensações esporádicas. Exemplo: paciente com lesões provenientes de hanseníase, que mantém o acometimento grave já existente, sem grandes flutuações. Caracteriza-se como dualismo porque este paciente, no seu todo, ressent-se das conseqüências do processo mórbido, evidenciando mal estar geral, indisposição e fraqueza. Neste estágio, o tratamento indicado é um RG, conservando-se o RL para as descompensações (clínicas ou emocionais) que não respondam ao primeiro.

c-2) progressiva – além das repercussões notórias no estado geral do enfermo, as alterações regionais avançam rapidamente, com risco de seqüelas importantes nestes sítios ou à distância, ou até mesmo de óbito. Diante destes fatos, um RL assumiria a prioridade nas indicações terapêuticas, resguardando-se do RG para fase posterior, quando o enfermo retornar à condição de “estacionado”.

Em síntese: qualquer patologia pode ser discreta, moderada ou grave, dependendo de cada paciente.

Regra geral: prevalecendo o monismo, isto é, a unidade do todo orgânico, a prioridade no tratamento cabe a um RG, e se o dualismo predomina, especialmente nas fases de descompensação súbita e acentuada, a preferência fica com um RL.

22 – A transição da enfermidade de um estágio para outro nem sempre se faz aos poucos, o que dá oportunidade de se experimentar alguns recursos terapêuticos, antes de se tomar medidas drásticas. Analisemos um paciente com apendicite: no curto espaço de algumas horas, se um RG ou um RL não cirúrgico, não contorna a crise, a cirurgia torna-se emergente. Estaria tal indivíduo completamente saudável, para apresentar, de súbito, alterações sérias, colocando em perigo todo o organismo? Qual a razão do descompasso imunológico, propiciando condições deste quadro abdominal agudo? Provavelmente, haveria outros sinais de desequilíbrio, senão clínicos, com certeza psíquicos, onde se detectaria alguma forma de comportamento destrutivo há algum tempo, clamando por um tratamento adequado, o que evitaria a eclosão do distúrbio no apêndice. Ocorre que mergulhados na matéria qual nos encontramos, torna-se difícil divisar níveis mais profundos de expressão da enfermidade humana, enquanto não surjam as alterações berrantes e, especialmente, quando atingem os órgãos físicos de modo incontrolável. A medicina preventiva fica, pois, relegada a planos distantes, e só se preocupa ou se toma providências, ao se sofrer as disfunções nas zonas tangíveis do ser. A prevenção ao nível do psiquismo, reeducando a criatura em seu sentir e atuar, não é fácil, como veremos depois, mas, pelo menos reduziria um tanto a exteriorização orgânica da enfermidade. Os que enxergam a fração subjetiva da enfermidade, no mínimo, não se espantam por ocasião do aparecimento da contraparte clínica. A estes bem-dotados aplica-se a assertiva: “*Bem-aventurados os olhos que vêem o que vós vedes*”. (Lucas 10:23)





Disse-lhe então Jesus: olha não o digas a alguém, mas vai, mostra-te ao sacerdote, e apresenta a oferta que Moisés determinou, para lhes servir de testemunho.

(Mateus 8:4)

O SILÊNCIO COMO FATOR TERAPEUTICO

23 – A observação quanto ao silêncio merece destaque especial. Quem já operou em si mesmo alguma mudança mais profunda, conhece a fragilidade das palavras e às vezes a inconveniência delas. Por outro lado, comentar as vitórias espirituais revela resíduo de vaidade. Os testemunhos verbais, tão do agrado das massas religiosas, carecem de valor. Impressiona os ouvintes, mas não os impele a se regenerar. Lembra um milagre e não uma atitude que se possa aprender.

A oferta prescrita no *Levítico* inclui, dentre outras coisas, o sacrifício de uma ave para que o seu sangue diluído em águas vivas banhe o purificado; a libertação de outra ave semelhante num campo e a depilação total do ex-hanseniano. (Levítico 14:11)

Dois rituais repletos de simbolismo... A renovação psíquica possibilita um vôo à criatura, livre das amarras que o acorrentavam ao desequilíbrio e às necessidades inferiores. A depilação generalizada representa este novo estado interior, atingindo todo o ser, no qual o conteúdo se sobrepõe e dispensa os recursos acessórios superficiais.

Saulo de Tarso, provável pré-hanseniano, ao ser “tocado” pelo Cristo no caminho de Damasco, vive prolongado silêncio, perfazendo acentuada maturação psíquica. Depois disto, surge como importante colaborador do Cristo na implantação da Boa-Nova. Possuidor de sólidos conhecimentos torna-se digno de apresentar-se ao judaísmo como testemunho vivo do Evangelho. Desprende-se, inclusive, da tutela dos apóstolos galileus para um vôo solitário e seguro. Se uma noção mais ampla da Lei induzira-o à perseguição, este mesmo fator seria o substrato principal de sua colaboração após o inesquecível encontro.

24 – Nas palavras de Jesus surge a confirmação de que o enfermo é do tipo **cerebral**, ao indicar-lhe uma tarefa ou missão. Por que recomendaria o cumprimento da prescrição mosaica, sendo que no Sermão das bem-aventuranças – que acabara de ministrar aos discípulos (Mateus 5:1 a 7:28) – houvera estabelecido um nítido progresso, em vários aspectos da Lei? Não reformulara o ensinamento antigo, enunciando-o, para em seguida acrescentar: “eu, porém, vos digo”, e aprofundar a compreensão dos mandamentos de Moisés?

Em sua sabedoria imensa, Jesus Cristo sugere ao convalescente criar metas e atingi-las a fim de, neste exercício, canalizar suas forças, desenvolver suas potencialidades e manter-se hígido por meio deste mecanismo.

Considerando a tábua de valores deste paciente, não faria sentido propor-lhe um objetivo genuinamente evangélico, pois ele não se mostrava apto a um empreendimento desta natureza. Entretanto, ser-lhe-ia muito útil, sentir-se-ia muito bem consigo mesmo, cumprir em sociedade as normas que sua consciência aceitava como válidas. Iria submeter-se ao cerimonial, julgando-o importante, e, simultaneamente, estaria introduzindo a mensagem cristã em outros ambientes, ao relatar a sua cura. Notável senso de percepção

deste Terapeuta! Cura o enfermo e define-lhe objetivos, dentro de seus horizontes pessoais, para reintegrá-lo no meio e fortalecer-lhe o novo estado, denotando perfeita compreensão para com o paciente.

A MATEMÁTICA DO PROGNÓSTICO

25 – Recapitulemos os três casos de cura estudados até aqui, formulando uma equação e análise das variáveis.

$$RP = f(Pc, Ef, Tp, RT, EC)^*$$

onde:

RP = Resultado Provável;

f = Função de;

Pc = Paciente (*epidérmico, muscular, cerebral*);

Ef = Enfermidade (leve, moderada, grave);

Tp = Terapeuta (*epidérmico, muscular, cerebral*);

RT = Recurso Terapêutico (local = RL, geral = RG);

EC = Expectativa de Cura (ativa, passiva, descrente, displicente, refratária).

O símbolo “f” (função de) significa que o RP (resultado provável) depende da interação de todos os elementos que compõem a equação, não tendo nenhum deles maior importância do que os demais, embora num determinado caso, qualquer um dos fatores pode ter um peso decisivo.

RECAPITULANDO O CASO NÚMERO 1

Voltando à mulher que tinha um fluxo de sangue (caso clínico 1), aplica-se esta equação em dois momentos:

- a) em relação aos *muitos médicos* (Marcos 5:26);
- b) ao Cristo.

Detalhando cada uma das etapas obtém-se:

a) momento 1: *muitos médicos*

$$RP1 = f(Pc, Ef, Tp, RT, EC)$$

onde:

RP1 = Resultado do tratamento com *muitos médicos*

Pc = paciente tipo *epidérmico*

Ef = enfermidade moderada (os órgãos afetados provocam transtornos no restante do organismo, mas este ainda mantinha relativo controle da situação e, portanto, não havia um dualismo evidente).

Tp = desconhecidos (desc)

RT = desconhecido

EC = desconhecida

$$RP1 = F(Pc \text{ epid}, Ef \text{ mod}, Tp \text{ desc}, RT \text{ desc}, EC \text{ desc})$$

Resultado final = insucesso

* A rigor existe mais uma variável que é a ECT – Expectativa de Cura do Terapeuta. Será estudada no capítulo 4, itens 14 a 20.



26 – b) momento 2: com o Cristo.

$RP_2 = f(Pc, Ef, Tp, RT, EC)$

Pc e Ef = idênticos aos citados acima no momento 1.

Tp = tipo *cerebral* (não atuante) = zero

RT = Tipo geral (não atuante) = zero

EC = ativa convicta: *se tão-somente tocar aos seus vestidos, sararei* (Marcos 5:28)

$RP_2 = f(Pc\ epid, Ef\ mod, Tp\ zero, RT\ zero, EC\ ativa - convicta)$

Resultado final = satisfatório local.

Vê-se que nesta paciente que a EC ativa-convicta foi essencial para a obtenção de uma resposta satisfatória porque o Terapeuta e o Recurso Terapêutico são elementos não atuantes, tendo-se em conta que a cura acontece à revelia deles, e provavelmente o resultado fosse bem sucedido se esta mesma convicção fosse dirigida para uma estátua ou local “milagroso”. Também se observa que, se a EC ativo-convicta determina o êxito, o tipo de Pc (*epidêmico*) restringe o efeito a uma ação local, conforme registramos no comentário do referido caso.

RECAPITULANDO O CASO NÚMERO 2

27 – Apliquemos a equação no caso do enfermo de Betesda (caso clínico 2).

$RP = f(Pc, Ef, Tp, RT, EC)$

onde:

RP = resultado provável

Pc = tipo *muscular* – ao afirmar: *Senhor, não tem homem algum que quando a água é agitada, me meta no tanque; mas enquanto eu vou desce outro antes de mim*, o paciente revelou sua concepção de que o meio não o ajudava a curar-se, e por lógica, devia imputar a este mesmo ambiente a origem de seus males. Dentro ainda da noção da época, e provavelmente do enfermo, o Tp procurado era perfeito, na figura de um anjo, e o RT, quando obtido, infalível, pois, *sarava de qualquer enfermidade que tivesse*. (João 5:4).

Ef = enfermidade grave, com repercussões generalizadas que refletiam de forma intensa na totalidade orgânica, impedindo a livre movimentação por um período de 38 anos.

Tp = *cerebral* – desta feita atuante. A visão do Cristo em relação a este enfermo se encaixa no tipo *cerebral*, movimentando-se no sentido de conscientização do paciente (*queres ficar são?*), ensinando que o problema localiza-se, sobretudo, no próprio doente, e também a estimulá-lo a reagir com suas próprias forças (*Levanta-te*).

28 – Recurso Terapêutico = Geral – admite-se a transmissão de algum tipo de energia do Cristo para o paciente, por algum meio desconhecido, até o presente momento. Considerando a narração do Evangelista, o resultado foi generalizado, *logo aquele homem ficou são* (João 5:9), e não restrito como no caso número 1, onde Jesus afirmou *vai em paz e sê curada deste teu mal* (Marcos 5:34). Contudo, o fato do paciente desconhecer o Cristo (e o RT, acoplado ao Tp), conforme a expressão: *e o que fora curado não sabia quem era*, e o risco de uma recaída ou agravação, o que se depreende da afirmativa: *não peques mais para que te não suceda alguma coisa pior*, leva-nos a admitir um resultado geral, mas instável.

Expectativa de Cura = *passiva-intercessória* – o paciente deixa-se envolver pelas dificuldades circunstanciais, evidenciada na alegação da falta de pessoas para facilitar-lhe o contato com o RT (água agitada), mas havia no íntimo a convicção de que a cura seria factível, e, por isso, disputava a oportunidade de ser o primeiro a se mergulhar no tanque.

RP = f (Pc musc, Ef grave, Tp cereb, RG, EC passiva-intercessória).

Resultado final = satisfatório geral e instável.

A EQUAÇÃO NO CASO NÚMERO 3

29 – Estudemos agora o caso do “leproso purificado”.

RP4 = f(Pc, EF, Tp, RT, EC), onde:

RP4 = resultado provável

Pc = *cerebral* – a frase *podes tornar-me limpo* sintetiza uma concepção da enfermidade como sendo um problema do indivíduo no seu todo (mente e corpo) e, ao mesmo tempo, o paciente não solicita a cura apenas da moléstia, nem a remoção de fatores indesejáveis de seu ambiente, mas coloca-se a si próprio na condição de necessitado de tratamento.

Ef = *grave* (provavelmente) – caso a hanseníase deste paciente não fosse reconhecidamente grave, não se justificaria a recomendação de *servir de testemunho*. Para se usar como chamamento ao sacerdote e demais pessoas, careceria de se constituir num tipo de acometimento acentuado.

Tp = *cerebral* – visão global e dinâmica do paciente; além de enxergá-lo como uma unidade psicofísica, identifica sua trajetória evolutiva e encaminha-o para um maior aproveitamento de suas potencialidades.

RT – Há uma atuação no físico, através do toque cujo resultado se patenteia no *e logo ficou purificado da lepra*, associado a uma recomendação que é uma síntese de orientação de vida. A mulher hemorroíssa foi entregue a si mesma; o *paralítico* ouviu observações quanto à vigilância, e este recebeu uma tarefa. Cada um é tratado de acordo com seu próprio potencial.

EC = *ativa-vacilante* – há uma mescla de dúvida: *se quiseres*, e convicção: *podes tornar-me limpo*.

RP = f (Pc *cerebral*, Ef grave, Tp *cerebral*, RT geral, EC *ativa-vacilante*).

Resultado final = satisfatório geral.

RECAPITULAÇÃO

30 – 1. Se o paciente apresenta um quadro clínico estável, que vai desde um monismo harmonioso até uma enfermidade grave estacionada, a prioridade deve ser um RG; quando ostenta uma situação de dualidade, com risco de complicações, seqüelas, ou óbito, a preferência recai num RL. Então, a gravidade e as diferentes fases da doença são as principais condicionantes do tipo de RT; (no capítulo sobre homeopatia pretende-se deixar isso mais claro).

Em resumo: Monismo ou dualismo estabilizado = RG.

Dualismo súbito ou rapidamente progressivo = RL.



2. Quanto ao resultado propriamente dito, prepondera a influência de dois fatores:
2a. A expectativa de cura (EC) mostra-se fundamental para o restabelecimento do enfermo; é, antes de tudo, em sua mente que ele admite a chance de recuperar-se, sem o que, o Tp e o RT mais potente tornam-se infrutíferos. Enfim, a EC define se o paciente conseguirá se curar ou não, restando ainda a possibilidade de resultados transitórios.

Resumindo: EC ativa (convicta e vacilante) e EC passiva (ativa em potencial e intercessória) predis põem à cura; a EC displicente parece favorecer a uma melhora transitória; a EC descrente (consigo mesmo ou para com o RT) e a EC refratária dificultam ou impedem a cura.

2b. O tipo de paciente delimita a abrangência do resultado, se os demais fatores conduzirem ao sucesso terapêutico. O tipo *epidérmico* obtém cura local, que pode ser extraordinária, satisfazendo-o completamente. O *muscular* parece destinado ao êxito parcial, isto é, melhora geral (psicofísica), mas instável o que exigirá atenção e vigilância no sentido de conservá-la. O *cerebral* habilita-se a resultado geral estável e definitivo, com melhora evidente da enfermidade e reposicionamento adequado diante da vida, com diminuição da vulnerabilidade individual.

TIPOS DE TERAPEUTA

31 – O tipo de terapeuta (Tp) é o primeiro item fora do enfermo, diferentemente dos três anteriores já vistos: Ef, EC e Pc.

1) O Tp *epidérmico* – atende bem às necessidades do Pc da mesma categoria, pois falam a mesma linguagem. Os pacientes *muscular* e, especialmente, o *cerebral* sente-se um tanto sufocado com a estreiteza deste tipo de Tp, só procurando-o quando as condições da enfermidade assim o exigem.

2) O Tp *muscular* – agrada ao paciente da mesma espécie, mas tende a incomodar o *epidérmico*, que considera as válidas sugestões do Tp a respeito de modificações em si mesmo e no ambiente como estranhas e inoportunas, e a não satisfazer completamente o paciente *cerebral*, por valorizar em excesso as circunstâncias ambientais, esquecendo-se da predisposição interna do doente.

3) O Tp *cerebral* – não se atrita com o Pc *epidérmico* evitando sermões ou advertências que serão rejeitadas e incompreendidas, exceto quando causam danos a terceiros, e, mesmo assim, procura expressar-se como quem esclarece e não como aquele que repreende ou condena; no relacionamento como o *muscular* faz elucidações em torno da importância da tendência do indivíduo, sem a qual o fator externo (bactéria, alérgeno, palavra, atitude, etc.) não causariam nenhum dano; na interação com elementos do mesmo tipo que o seu, desenvolve estratégias de ação objetivando a resolução de conflitos e promovendo o ajustamento do paciente com o seu destino.

32 – Na citação a seguir, um psicanalista examina a indicação das psicoterapias baseado no tipo dos indivíduos e não das enfermidades. É interessante, e talvez seja possível generalizá-la às demais terapêuticas, além das atuantes no psiquismo:

A evidência sugere que, quando as várias formas de psicoterapia são identificadas de maneira clara, cada uma delas interessará e, portanto, será de utilidade apenas para certos tipos de pessoas. (...) O âmbito de um determinado método psicoterapêutico é limitado



menos pela natureza da ‘doença mental’ do paciente do que pela educação, interesses e valores do mesmo. Pessoas diferentes, e não doenças mentais diferentes, exigem métodos psiquiátricos diferentes. Dado que os psicoterapeutas não podem ajustar seus métodos às necessidades de seus clientes, a única solução racional reside em identificar os terapeutas de modo claro. Os clientes poderão, então, encontrar terapeutas cujos métodos sejam compatíveis com seus próprios interesses e padrões⁶.

Desta forma, se a doença condiciona a indicação do tipo de RT, como visto acima, as espécies de Pc tendem à seleção espontânea do tipo de Tp mais afim à sua própria condição, permanecendo maior cota de tempo com aquele que houver mais identificação.

A RELAÇÃO TERAPEUTA – PACIENTE

Analisa-se abaixo detidamente a relação entre terapeuta e paciente nos casos vistos até o momento:

33 – a) *mulher hemorroíssa* – é uma Pc tipo *epidérmico*, que após vários anos de sintonia com médicos comuns, fez um contato rápido e intenso com o Cristo, e possivelmente retornou a sua faixa habitual de terapeutas, por ocasião de novas enfermidades.

b) *paralítico de Betesda* – aguardou durante 38 anos a cura por intermédio de um Tp competentíssimo (anjo), mas acreditava depender do auxílio de pessoas de seu ambiente, o que basta para caracterizá-lo como de tipo *muscular*.

Seguindo as orientações seguras do Cristo, recuperou-se de sua Ef tipo grave-estacionada, porém surgem circunstâncias adversas que não sabe solucionar integralmente (*e o que fora curado não sabia quem era*), daí volta-se para a religião (*Jesus encontrou-o no Templo*) onde busca a sustentação deste seu novo equilíbrio, mas sua condição inspira cuidados (*não peques mais*). Em síntese, o Pc *muscular* curado transita para tornar-se *cerebral*, capacitando-se a um aproveitamento mais amplo de um recurso geral, como a religião; o Pc *epidérmico* também a utilizou (vide item anterior “a”), mas de forma transitória e facultando um resultado apenas local.

c) *leproso purificado* – não há relato de interesse por outros terapeutas, sejam médicos ou anjo. Desde o início, o contato com o Cristo é amplo e profundo, não se reduzindo à solução apenas da enfermidade. A atividade para a qual é designado constitui a forma indireta de manter-se em sintonia com o Cristo, ou seja, não procura a religião para se esclarecer, mas para colaborar na iluminação dos que ali se encontram. Portanto, a relação do Pc *cerebral* com um Tp *cerebral* tende a ser sólida e duradoura, porque ao vivenciar as orientações do Tp, o Pc está comungando espiritualmente com ele.

34 – Parece existir uma propensão natural do Pc a fixar-se num Tp de categoria idêntica à sua; as flutuações acontecem, mas tendem a ser passageiras. Considerando que a duração do relacionamento depende desta ressonância, podemos formular o seguinte quadro:

Paciente		Terapeuta	
	<i>Epidérmico</i>	<i>Muscular</i>	<i>Cerebral</i>
<i>Epidérmico</i>	Duradouro	Provisório	Momentâneo
<i>Muscular</i>	Provisório	Duradouro	Provisório
<i>Cerebral</i>	Momentâneo	Provisório	Duradouro

Se a EC é a autorização que o Pc se concede ou não para curar-se, e a espécie de Pc define a abrangência do resultado, o Tp lembra a figura da enzima, catalisando uma reação cujo final já está predeterminado, e que, entretanto, jamais se dará se este fator estiver ausente (ainda que reduzido a uma “estátua milagrosa”). (Vide item 35, a seguir.)

O Tp poderá realizar toda a potencialidade de que é capaz, na sua respectiva categoria, desde que o Pc faça com ele uma vinculação profunda e duradoura. Correspondendo à EC dos pacientes, parece existir em cada Tp um grau variável de convicção de cura, isto é, uma crença maior ou menor na possibilidade de recuperação dos enfermos, o que seria fundamental na definição do potencial curativo do Tp.

Terapeutas existem que jamais curam; apontam causas, comprovam diagnósticos, atestam a ausência de recursos curativos, arrasam os resíduos de esperança e arruinam qualquer iniciativa em outros RT. Os Tp que curam, transmitem otimismo aos pacientes, insuflando-lhes entusiasmo e estimulam todas as tentativas de tratamento, ainda que mostrem chances reduzidíssimas de sucesso.

O VALOR DO TERAPEUTA

35 – Quando o pai do *jovem lunático* (Marcos 9:14) leva-lhe o filho, cuja doença resistira à ação dos apóstolos-terapeutas, e implora ao Cristo que se compadeça deles, e ajude-os, recebe como resposta: *se tu podes crer; tudo é possível ao que crê*. E, mesmo diante da incredulidade declarada do pedinte, entre lágrimas, o Sublime Terapeuta promove a cura do enfermo. Este trecho evangélico ilustra que, se em muitas ocasiões o paciente transforma o Tp num agente passivo, determinando por completo os limites de sua ação, em outras oportunidades, o Tp participa como elemento ativo, e aí as diferentes capacidades dos terapeutas possibilitam distintos resultados. Quando o Tp exerce este papel, não sugere o da enzima, e sim do hormônio, capaz de desencadear modificações substanciais naqueles sobre os quais desempenha sua função.

Resumindo, parece que o Pc com EC ativa-convicta define antecipadamente o RP e com isto limita a margem da ação do Tp; as outras modalidades de EC que conduzem, à cura, como a ativa-vacilante, e a passiva (ativa em potencial e intercessória) dão maior liberdade ao Tp. Na primeira, o excesso de convicção do Pc o faz assumir o lugar do Tp, decidindo de antemão a meta final; nas outras, o Pc se coloca como tal, e cede vez ao Tp na condução do processo.

36 – Vimos, então, que o Tp pode ser analisado sob três aspectos:

1º) ressonância – cada tipo de Pc busca com mais freqüência um Tp da mesma



espécie que a sua, com o qual o intercâmbio tende a ser mais duradouro, e, portanto, um meio de se identificar qual a categoria do Tp, ou seja, se *epidérmico*, *muscular* ou *cerebral*, é verificar o tipo predominante de seus pacientes mais antigos;

2º) expectativa – os terapeutas também podem ser classificados nos diferentes tipos de subtipos de EC (ativa, passiva, descrente, displicente e refratária), funcionando aqui igualmente o fenômeno da atração ou sintonia, ex: um Tp cuja EC seja *refratária* desempenharia, talvez, um excelente papel, lidando com pacientes terminais, e um Tp *descrente* realizaria ótimo trabalho na área de transplantes, ao não acreditar na chance de recuperação dos órgãos etc. (vide caso número 4 itens 14 a 20);

3º) capacidade – se o Pc lhe oferece liberdade de ação, ou aceita a indicação curativa do Tp, o RP pode ser alterado graças a competência do Tp. O caso citado do *jovem lunático* exemplifica este fato; todas as variáveis se mantêm inalteradas na equação $RP = f(Pc, Ef, Tp, RT, EC)$, exceto o Tp que, na primeira, com os apóstolos redundou num fracasso terapêutico, e, na segunda, substituindo-os pelo Cristo, obteve-se a cura.

Esta maior habilidade do Tp, de acordo com Jesus, depende de oração e jejum (Marcos 9:29), *o que significa trabalhar com propósitos elevados e ter espírito de renúncia.*

37 – Reconheceu-se, poucas páginas atrás (item 33 *a e b*), que nenhum RT é privilégio exclusivo de algum tipo de Pc ou Tp; poderia se dizer que o *cerebral* (Pc ou Tp) denota propensão a utilizar mais amplamente os RG que um *epidérmico*, e este, em contrapartida, uma afinidade maior com os RL.

Um Tp *cerebral* poderia lançar mão de um RL em outras situações além de quando o dualismo põe em perigo a totalidade orgânica. Parece-nos que seria justificado fazê-lo se um problema local impede a participação do Pc numa atividade que lhe seria muito proveitosa. Certas pessoas não admitem, mesmo raramente, fazer uso de um analgésico para uma dor incômoda, que a impede de comparecer a um encontro e/ou reunião, onde realizaria fecunda permuta de experiências; devido a este rigor excessivo, tem um prejuízo maior do que seria a ingestão do medicamento, pois perdem o benefício do intercâmbio com os demais. Naturalmente não recomendamos que isto se transforme em rotina para o Pc. Corroborando a validade de se medicar, ocasionalmente, o distúrbio local, citamos o seguinte caso de cura: *E Jesus, entrando em casa de Pedro, viu a sogra deste jazendo em febre. E tocou-lhe na mão, e a febre a deixou; e, levantou-se e serviu-os.* (Mateus 8:14)

A DOENÇA: REINADO TRANSITÓRIO

38 – Na medida em que nos estendemos na análise dos termos da equação, reconhecemos que o estudo do prognóstico *predição do curso provável de uma doença*⁷ revela-se algo bastante mais complexo do que supúnhamos.

Pelo que vimos até o momento, parece-nos que a enfermidade é o fator menos importante para a determinação do RP, contrariamente à impressão comum; nos casos em que os outros componentes da equação sejam pouco expressivos, então a gravidade da doença pode prevalecer, definindo o resultado. Por outro lado, se aceitarmos a hipótese de que os elementos envolvidos no processo terapêutico são geralmente fracos (EC baixa no Pc e Tp, e RT pouco deficiente), fica correto o senso popular, atribuindo tanta importância à gravidade da patologia. Somente com um aporte maior de EC, do Pc ou do Tp, ou com



RT mais capazes, poderemos realmente suplantar a hegemonia da enfermidade na equação e na consciência das criaturas. Até lá, viveremos sob este império. Ai dos enfermos, porque raros aqueles que os animam, poucos os que lhes proporcionam esperanças de cura; a idiopatia (*doença primária; que surge sem causa externa aparente*)⁽⁸⁾ responde por incrível número de moléstias, e deixa sem ação efetiva grande parte dos profissionais de saúde.

39 – A reflexão sobre estes casos de cura do Evangelho, evidenciando o valor de certos aspectos a exemplo do tipo de paciente e de terapêutas, da expectativa de cura e dos recursos terapêuticos, leva-nos a reconhecer que estes fenômenos se repetem às centenas, em torno de nós, contudo ainda não nos havíamos atinado para isto.

No grande embate que cada um trava em seu íntimo com sua doença, o medo, a dor e a incerteza exercem intenso domínio, arrasando esforços e anulando efeitos salutares de tratamentos oportunos. Por isto, muitas vezes, a crença em providências transcendentais obtém sucessos imprevistos, quando as perspectivas se faziam desfavoráveis e sombrias. Seria muito útil se pudéssemos prescrever aos enfermos para que tivessem fé, ou seja, acreditassem na potencialidade de cura deste maravilhoso engenho que constitui o organismo, e na ação terapêutica do ar, dos alimentos, da água, da música, das cores, das emoções sadias, do arrependimento, do perdão e das lágrimas, juntamente com os recursos médicos tradicionais. Considerando todos estes dispositivos de fácil acesso, devemos recorrer sempre ao otimismo e à confiança dos enfermos de que se restabelecerão, lembrando-lhes o amoroso apelo do Cristo: ***Tende fé em Deus.*** (Marcos 11:22)

¹ Sampaio, SAP *Dermatologia Básica*. Artes Médicas, 1ª Edição.

² Cecil – Loeb – *Tratado De Medicina*. Guanabara Koogan Editora, 13 Edição, pág. 648

³ Idem

⁴ Idem

⁵ Idem

⁶ Szasz, Thomas S. *A Ética da Psicanálise*. Zahar Editores, 1ª Ed. p.58

⁷ *Stedman's Medical Dictionary*. 22ª Ed.