**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

História de vida e Prognóstico

Gilberto Ribeiro Vieira

**São Paulo
2017**

História de vida e prognóstico

Gilberto Ribeiro Vieira

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, na forma de turma especial Doutorado Interinstitucional (Dinter) da Universidade de São Paulo e da Universidade Federal do Acre, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Carlos Botazzo
Coorientador: Prof. Dr. Antônio Carlos F. Pontes.

Versão original
São Paulo
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação Biblioteca/CIR: Centro de Informação e Referência em Saúde
Pública Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Dados fornecidos
pelo(a) autor(a)

Vieira, Gilberto Ribeiro
– História de Vida e Prognóstico / Gilberto Ribeiro
Vieira; orientador Carlos Botazzo; co-orientador Antônio
Carlos Fonseca Pontes. -- São Paulo, 2017.
274 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2017.

1. História de Vida. 2. Prognóstico. 3. Saúde. 4.
Homeopatia. 5. Câncer. I. Botazzo, Carlos, orient. II.
Pontes, Antônio Carlos Fonseca, co-orient. III. Título.

À HOMEOPATIA,

**em cuja essência floresce uma abordagem extraordinária sobre
saúde e doença do ser humano, visto de forma integral e
dinâmica.**

AGRADECIMENTOS

A Deus, em Quem me aninho todos os dias e extraio forças para a luta.

Aos meus pais, vivos na memória e no coração, cujo exemplo ainda hoje me engrandece. Aos familiares, espelho prazeroso. Aos filhos, motivação permanente para eu ser melhor.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Botazzo, por sua inestimável habilidade para lidar com as diferenças e pela compreensão humana, capaz de tornar o sinuoso processo de doutoramento numa jornada de amizade e apoio. Ao coorientador, Prof. Dr. Antônio Carlos Fonseca Pontes, que participou de forma decisiva na consolidação do projeto. Ao Prof. Dr. Júlio César Rodrigues Pereira, orientador na fase inicial, pelo interesse e estímulo.

Às coordenadoras do curso Prof.^a Dr.^a Ângela Maria Belloni Cuenca, Prof.^a Dr.^a Cleide Lavieri Martins e a Prof.^a Dr.^a Cristiane de Oliveira Cardoso, pela tranquilidade com que me permitiram solucionar turbulências pessoais num certo período. Gratidão a todos os docentes pelo entusiasmo em nos transmitir os seus conhecimentos. Em especial à prontidão da secretária Ângela Fernandez, e à disponibilidade dos bibliotecários da FSP Sr. José Estorniolo Filho e a Sra. Maria Lúcia Evangelista de Faria Ferraz. Boas lembranças do Dr. José Ruben Ferreira de A. Bonfim, pela solicitude em relação ao suporte bibliográfico.

Quanto à UFAC, reconheço também o precioso voto de confiança do Prof. Dr. Paschoal Torres Muniz e Prof.^a Dr.^a Raimunda Araruna; a cooperação do Prof. Dr. Creso Machado Lopes; a dedicação do secretário Raiff Pimentel Soares. No Hospital do Câncer, sou grato à receptividade por parte da diretoria e da Dra. Nara Rosana Andrade e equipe, na oncologia; Dra. Holda da Costa Filha e equipe, nos cuidados paliativos. Agradeço à carinhosa acolhida por parte da *Associação Amigos do Peito* (Abrigo), em Rio Branco.

Sou grato à Secretaria de Estado da Saúde do Acre – SESACRE, cuja parceria com a Universidade Federal do Acre - UFAC possibilitou o convênio com a Universidade de São Paulo – USP e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Igualmente, ao Centro de Formação Tucumã – SESACRE, pela transferência de minha atividade para o Hospital de Câncer do Acre, facultando-me a realização da pesquisa.

Guardo, no íntimo, o incentivo dos amigos Francisco Naildo Cardoso Leitão (Nacal), e Juliana/José Luna. Aos colegas do DINTER e aos orientandos do Prof. Botazzo, pelo convívio alegre e solidário.

Agradecimento muito especial à minha companheira Juranda Maia de Miranda, incansável revisora do texto, sempre com sugestões oportunas e criativas.

Enfim, o pesquisador se sente extremamente gratificado pela realização deste projeto e estende o seu reconhecimento aos docentes que compuseram a banca de sua defesa, em particular a Elizabethe Cristina Fagundes de Souza, pelos questionamentos de todos os componentes, exigindo-lhe extensos reparos na formatação, bem como o burilamento e uniformidade em alguns conceitos.

As vidas aqui descritas
não são somente histórias.
São vidas vividas
cada uma com a sua tristeza
cada qual com a sua beleza.
Com gratidão imensa pelas pessoas
e profundo respeito por suas histórias,
exponho suas humanas trajetórias.

VIEIRA, G. R. **História de vida e prognóstico**. 2017. Tese - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2017.

RESUMO

Esta tese examina o possível vínculo entre história de vida e doença, com a sua respectiva evolução, admitindo que o percurso existencial guarda conexão com o desfecho do quadro e oferece indicadores para o estabelecimento do prognóstico, vendo o ser humano como unidade mente-corpo. Apresta-se para o tema incursionando na relação entre a prognose e a medicina contemporânea; dialogando com Foucault acerca da influência da anatomia patológica no reducionismo da clínica médica; ensaiando em torno da analogia entre os métodos científicos e a sexualidade a partir dos mitos Adão e Eva. O estudo baseia-se na premissa de que o prognóstico pode ser estratificado em cinco tipos: *Complicado* ou muito desfavorável, *Progressivo* ou moderadamente desfavorável, *Estagnado* ou incerto, *Residual* ou moderadamente favorável e *Resolvido* ou muito favorável, dependendo especialmente de como o indivíduo aproveitou a principal oportunidade e a maneira que lidou com a maior dificuldade de sua vida, além de situações marcantes de sua experiência psicoafetiva ou realização pessoal. Recorre-se em paralelo à abordagem holística prevalente na homeopatia, clareando, porém, alguns pontos obscuros ao identificar que o seu modelo para efetuar o prognóstico limita-se à reação do paciente ao medicamento homeopático ou à gravidade da doença, ignorando a sua trajetória de vida. A pesquisa selecionou quinze de quarenta pacientes em tratamento atual ou pregresso, com qualquer modalidade de câncer, no Hospital do Câncer de Rio Branco e na *Associação Amigos do Peito* (Abrigo), de ambos os sexos, todos com idade entre 20 e 70 anos. Utilizou-se roteiro semiestruturado de 9 questões, sendo 3 sobre a doença e 6 a respeito de sentimentos ou fatos pretéritos relevantes. As informações permitiram verificar tanto as interseções no agrupamento dos três pacientes de cada tipo prognóstico, quanto as nítidas diferenças dos quinze entre si. A história de vida dos pacientes considerados *Complicado* evidencia revolta e/ou inconformação súbita; no *Progressivo*, conflitos que se acentuam lenta e continuamente; no *Estagnado*, dificuldades, carências e antagonismos prolongados, mas conservando-se no mesmo patamar; no *Residual*, morosidade na solução das pendências, seguida por resiliência exitosa; no *Resolvido*, prontidão para sanar os desafios, com solidariedade e altruísmo. Maior gravidade da doença, óbitos e metástases em relação aos demais tipos predominam no *Complicado* e *Progressivo*; o quadro tende a recidiva ou sequela no *Estagnado*, à remissão no *Residual*, e casos curados há diversos anos no *Resolvido*. Concluiu-se que, embora o prognóstico fundamentado na história de vida careça de mais pesquisas, fornece já elementos para corroborar a atividade clínica em diversos campos profissionais, e também pode subsidiar ações voltadas para a saúde pública, em especial no campo preventivo.

Descritores: história de vida, prognóstico, saúde, homeopatia, unidade mente-corpo.

VIEIRA, G. R. **Life story and prognosis**. 2017. Thesis – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Portuguese.

ABSTRACT

This thesis examines the possible link between life history and disease with its respective evolution, admitting that the existential course keeps connection with the outcome and provides indicators for the establishment of the prognosis, seeing the mind-body as unity. The author insoles the theme exploring the relationship between the prognosis and the contemporary medicine; dialoguing with Foucault about the influence of the histopathology in the reductionism of the medical clinic; essaying around the analogy between scientific methods and sexuality from the myths, Adam and Eve. The study is based on the premise that the prognosis can be stratified into five types: *Complicated* or very unfavorable, moderately or *Progressive*, *Stagnant* or uncertain, *Residual* or moderately favorable or very favorable or *Resolved*, depending on how the particular individual took the main chance and the way it dealt with the greatest difficulty of his life besides remarkable situations of his psychoaffective experience. It appeals in parallel to the holistic approach, prevalent in homeopathy, clearing, however, some shady spots in its vision of the mind-body unity, which makes the prognosis inside the limits of the patient's reaction to the homeopathic medicine or to the severity of the disease, ignoring the trajectory of his life. The research has selected fifteen between 40 interviewed patients, in current or former treatment of cancer in the *Hospital do Câncer de Rio Branco* and the *Associação dos Amigos do Peito (Abrigo)*, of both sexes, all of them aged between 20 and 70 years. The life story of patients considered *Complicated* evidence sudden revolt and/or nonconformity; in the *Progressive*, conflicts that rises slowly and continuously; in the *Stagnant*, prolonged difficulties, inadequacies and antagonisms that remains in the same level; in the *Residual*, delay in solution of disputes, followed by successful resilience; in the *Resolved*, readiness to settle the challenges, with solidarity and altruism. Greater severity of illness, deaths and metastasis in relation to other types prevail in the *Complicated* and *Progressive*; the clinic picture tends to recurrence or sequel in the *Stagnant*; to the remission in the *Residual*, and to have being cured several years before, in the *Resolved*. It was concluded that, although the prognosis based on life story requires more research, it already provides elements to support the clinical activity in various professional fields, and can also support actions directed to public health, particularly in the preventive field.

Descriptors: life history, prognosis, health, homeopathy, mind-body unity.

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	14
2.	FRONTEIRAS DO PROGNÓSTICO NA MEDICINA CONTEMPORÂNEA	24
2.1	<i>Objeto</i>	26
2.2	<i>Percursos</i>	26
2.3	<i>Resultados</i>	27
2.4	<i>Argumentação</i>	31
2.5	<i>Considerações Finais</i>	36
3.	REFLEXÕES SOBRE OS SINAIS EM O NASCIMENTO DA CLÍNICA	37
4.	ADÃO E EVA NO PARAÍSO CIENTÍFICO	41
4.1	<i>Eva</i>	42
4.2	<i>Adão</i>	46
4.3	<i>A Transição</i>	49
4.4	<i>Método Científico</i>	53
4.5	<i>Quantitativo e Qualitativo</i>	57
4.6	<i>Juntando Quantidade e Qualidade</i>	61
4.7	<i>Dedução e Indução</i>	65
4.8	<i>Conclusão</i>	69
5.	OBJETIVO	71
5.1	<i>Geral</i>	71
5.2	<i>Específicos</i>	71
6.	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	71
6.1	<i>Caracterização</i>	71
6.2	<i>Participantes da Pesquisa</i>	74
6.3	<i>Crítérios e Particularidades de Inclusão/ Exclusão</i>	76
6.4	<i>Questionário e Entrevista</i>	77
6.5	<i>Tipos Prognósticos</i>	81
6.6	<i>Escore Prognóstico</i>	87
6.7	<i>Análise</i>	93
6.8	<i>Aspectos Éticos</i>	96
7.	RESULTADOS E ANÁLISE PRELIMINAR	98
7.1	<i>Tipo Complicado</i>	102

7.2	<i>Tipo Progressivo</i>	119
7.3	<i>Tipo Estagnado</i>	135
7.4	<i>Tipo Residual</i>	154
7.5	<i>Tipo Resolvido</i>	173
8.	ANÁLISE DOS CINCO TIPOS PROGNÓSTICOS	190
9.	DISCUSSÃO	211
9.1	<i>História de vida e prognóstico nas bases de dados</i>	211
9.2	<i>Limitações da literatura</i>	214
9.3	<i>Confrontando FSN e IO</i>	219
9.4	<i>Focalizando SSA, MLGN e RPGB</i>	223
9.5	<i>Linhagem da culpa</i>	226
9.6	<i>Relação a dois</i>	229
9.7	<i>Realização profissional</i>	231
9.8	<i>Reflexões Últimas da Discussão</i>	234
10.	RESPOSTA AO TEMPO E A ORDEM SOBRE A HOMEOPATIA	236
11.	CONCLUSÕES e PERSPECTIVAS do ESTUDO	257
12.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	260

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 1 – Arco costal: o feminino – primeira expressão de Eva</i>	43
<i>Figura 2 – Estrutura fractal – o masculino geométrico</i>	48
<i>Figura 3 – Figura 3 – Óvulos e Espermatozoide – migração e fecundação</i>	50
<i>Figura 4 – Maçã e Arco costal – semelhança morfológica</i>	52
<i>Figura 5 – Figura 5 – Tipo Complicado – elementos prognósticos</i>	102
<i>Figura 6 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo complicado</i>	113
<i>Figura 7 – Tipo progressivo – elementos prognósticos</i>	119
<i>Figura 8 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo progressivo</i>	129
<i>Figura 9 – Tipo estagnado – elementos prognósticos</i>	135
<i>Figura 10 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo estagnado</i>	147
<i>Figura 11 – Tipo residual – elementos prognósticos</i>	154
<i>Figura 12 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo residual</i>	167
<i>Figura 13 – Tipo resolvido – elementos prognósticos</i>	173
<i>Figura 14 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo resolvido</i>	184
<i>Figura 15 – Pesquisa no PubMed: termos Prognostic e ‘Life Story’</i>	212
<i>Figura 16 – Pesquisa no PubMed: termos Prognostic e ‘Life History’</i>	213

LISTA DE QUADROS

<i>Quadro 1 – Entrevista semiestruturada – identificação do paciente, questões realizadas, alternativas de respostas, observações feitas</i>	78
<i>Quadro 2 – Escore prognóstico</i>	89
<i>Quadro 3 – Seleção da linha compatível com a resposta do paciente – exemplo</i>	91
<i>Quadro 4 – Tipo prognóstico e média ponderada</i>	91
<i>Quadro 5 – Relação de Pacientes Agrupados pelo Escore, e presença de metástase e óbito</i>	100
<i>Quadro 6 – Síntese das entrevistas do tipo complicado</i>	112
<i>Quadro 7 – Síntese das entrevistas do tipo progressivo</i>	128
<i>Quadro 8 – Síntese das entrevistas do tipo estagnado</i>	146
<i>Quadro 9 – Síntese das entrevistas do tipo Residual</i>	166
<i>Quadro 10 – Síntese das entrevistas do tipo resolvido</i>	183

LISTA DE TABELAS

<i>Tabela 1 – Pontuação das Questões</i>	90
<i>Tabela 2 – Quantidade de pacientes conforme a origem</i>	98
<i>Tabela 3 – Tempo entre o aparecimento de sintomas e o diagnóstico dos quinze pacientes</i>	190
<i>Tabela 4 – Relação entre a doença e a causa apontada pelos quinze pacientes</i>	191
<i>Tabela 5 – Causas atribuídas ao câncer pelos quinze pacientes</i>	192
<i>Tabela 6 – Expectativa de cura por paciente e Tipo Prognóstico</i>	193
<i>Tabela 7 – Quantitativo da Expectativa de Cura segundo o Tipo Prognóstico</i>	194
<i>Tabela 8 – Autoavaliação da infância e adolescência por paciente e Tipo Prognóstico</i>	194
<i>Tabela 9 – Caracterização da infância por Tipo Prognóstico</i>	195
<i>Tabela 10 – Vida desde quando se tornou adulto – relato por paciente e Tipo Prognóstico</i>	196
<i>Tabela 11 – Caracterização da vida após se tornar adulto por Tipo Prognóstico</i>	196
<i>Tabela 12 – Como lidou com a situação mais difícil da vida – por paciente e Tipo Prognóstico</i>	198
<i>Tabela 13 – Categorização da situação mais difícil da vida por Tipo Prognóstico</i>	199
<i>Tabela 14 – Autoavaliação do sucesso na situação mais difícil da vida</i>	199
<i>Tabela 15 – Aproveitamento diante da principal oportunidade – por paciente e Tipo Prognóstico</i>	201
<i>Tabela 16 – Categorização da principal oportunidade na vida por Tipo Prognóstico</i>	202
<i>Tabela 17 – Sentimento ou impulso contra a própria vontade – por paciente/Tipo Prognóstico</i>	204
<i>Tabela 18 – Mentira, fingimento ou disfarce – por paciente e grupo</i>	207

1. APRESENTAÇÃO

O exercício do prognóstico, isto é, a possibilidade de traçar o futuro de uma doença e, por extensão, o do doente, constitui uma das aspirações mais antigas da medicina. Tal aspiração vem desde a antiguidade clássica ocidental e sempre foi emblemática da arte de curar. Não por acaso, na apresentação ao tratado hipocrático conhecido como *Prognostikon*, no qual o Autor irá ensinar a arte de prever o futuro da doença com base no conhecimento do seu passado e na observação do presente, LITRÉ afirmará de modo categórico:

O resultado de tal ensinamento é colocar o médico em condição de julgar o curso da doença, o valor recíproco dos sintomas, de empregar, com mais segurança, os meios terapêuticos e de ganhar, por meio desta habilidade em adivinhar aquilo que ele não ouve da boca paciente, a confiança daqueles que lhe entregam o cuidado da sua saúde. (LITRÉ, 1840, p. 94, tradução livre CB¹).

Defendendo seu método, o próprio Hipócrates dirá nos primeiros parágrafos do seu tratado que

O melhor médico parece-me ser aquele que sabe conhecer com antecedência. Expondo com perspicácia, junto dos doentes, o presente, o passado e o futuro de suas doenças, explicando o que eles omitem, ele ganhará sua confiança. E convencidos da superioridade de suas luzes, eles não hesitarão em se entregar aos seus cuidados. Ele tratará tanto melhor os doentes, quanto saberá, com ajuda do estado presente, prever o estado futuro. (HIPÓCRATES, 1840, p. 111, tradução livre CB).

E o Médico continuará afirmando, nestas palavras iniciais do *Prognostikon*, toda a sua filosofia do entendimento acerca do doente e da doença e dos modos como poderá conduzir o aprendizado desta previsão, mas que não tem o aspecto da magia ou da irracionalidade:

...importa reconhecer a natureza das afecções assemelhadas, de saber quanto elas ultrapassam a força da constituição e ao mesmo tempo discernir se há alguma coisa de divino nas doenças; porque é ainda um prognóstico a ser aprendido. Assim, o médico será justamente admirado e ele exercerá sua arte com habilidade; de fato, a estes cuja cura é possível ele será ainda mais capaz de os preservar do perigo, em se precavendo de mais longe contra cada acidente; e, prevendo e predizendo quais são os que deverão perecer e os que irão escapar, ele estará isento de queixas (idem, ibidem, p. 113, tradução CB).

¹ CB – Carlos Botazzo

Junto com outros livros, o *Prognostikon* faz parte do Corpus Hipocraticus, a grande coletânea de textos médicos inicialmente atribuídos a Hipócrates e que sobreviveram até os nossos dias. Num trabalho de enorme valor historiográfico e literário, Émile Littré traduziu e compilou em 10 tomos toda a obra hipocrática, em primorosa edição bilíngue, com notas em grego e latim. Entretanto, pela sua extensão, não apenas em termos de assuntos mas também pela quantidade de livros, historiadores consideram, e o próprio Littré deixa claro, que o Corpus expressa e é o resultado da contribuição de vários autores (POLIDO, 2009, p. 19).

Referências ao prognóstico na medicina antiga são constantes na literatura. Ainda sobre o *Prognóstico na obra hipocrática*, (COULTER, 1975, p. 25), historiador americano, comenta ser:

...inteiramente devotado ao assunto. Além disso, o autor observa que, na mesma região geográfica, os sintomas têm sempre o mesmo significado e que o médico deve assim ser capaz de prever o desfecho de qualquer doença sem dificuldade. Isso é visto por muitos comentaristas como uma das primeiras afirmativas da regularidade e predição do fenômeno natural, portanto o começo da perspectiva científica. (tradução nossa).

Em fragmentos atribuídos ao ateniense Diocles de Caristo, no terceiro ou quarto século A.C., é proposta a divisão da medicina em quatro partes: *regulativa, que nós chamamos dieta; a tarefa das mãos, que nós denominamos cirurgia; a medicação, que nós intitulamos farmacologia; precognição, que nós chamamos prognóstico* (STADEN, 1989, p. 100).

Discorrendo sobre os antigos médicos brâmanes, ACKERKNECHT (1982, p. 38) afirma que *semelhante à escola Hipocrática, eles eram inclinados ao prognóstico*, complementa ainda que *o médico hipocrático era interessado primariamente não no diagnóstico, mas no prognóstico e tratamento* (p. 60, tradução nossa).

Durante muitos séculos, diferentes procedimentos foram utilizados com fins terapêuticos e prognósticos. Cabe realçar a sangria porque, após realizá-la, *os doutores notavam a cor e a quantidade de cada componente e eram capazes de relacionar o aspecto com o diagnóstico e prognóstico* (DUFFIN, 2010, p. 207), sendo postulado que, *em certas culturas, especialmente na antiguidade, a prognose acurada era pelo menos tão importante quanto à diagnose e a cura.* (idem, p. 60, tradução nossa)

Em função da influência notável do enfoque centrado na doença, em detrimento do sujeito como um todo, a medicina contemporânea desenvolveu numerosos instrumentos capazes de prever os resultados dos mais variados processos clínicos.

A resposta ampla obtida pela homeopatia abrange o paciente em seu todo – mente e corpo (HAHNEMANN, 1994, parag. 255). Distingue-se dos procedimentos que se concentram na enfermidade, além de que o desaparecimento das manifestações patológicas e/ou dos órgãos enfermos não significa reintegração automática à saúde. A melhora do paciente de forma global, em tese, apresenta mais chances de conduzir à cura (EIZAYAGA, 1972, p. 125).

Desde a formulação das primeiras teorias homeopáticas em 1790, o médico alemão Samuel Hahnemann exercitou um novo raciocínio prognóstico na medicina, pautando-se na análise da reação psicofísica do paciente após a ingestão do medicamento homeopático (KÖNIGSBERGER, 1996).

Por sua vez, o tema só alcançou relevância quando James Tyler Kent (1970, p. 253) descreveu-o de forma organizada e sucinta nas primeiras décadas do século XX, ficando consagrado sob o título de *Observações Prognósticas*. O avanço conceptual nessa questão foi discutido por este autor (VIEIRA, 2013, p. 195), mas é necessário deixar claro que os critérios utilizados pelos homeopatas até agora incidem em duas incoerências: definem o prognóstico em função da reação integral do paciente após a ingestão do medicamento homeopático e recorrem à gravidade da doença para definir a intensidade e duração da agravação terapêutica, considerada por si só como sinal preditor de cura; no primeiro, despreza-se a história de vida do enfermo e, no último, perde-se a visão do sujeito como um todo em favor da doença.

Neste sentido, a sondagem aqui delineada resgata ambos os itens negligenciados, dando-lhes prioridade no estabelecimento da prognose, ao mesmo tempo em que propõe um instrumento para categorizar os pacientes em cinco Tipos Prognósticos.

A homeopatia exercita, desde os seus primórdios e ainda hoje, a abordagem do quadro geral do paciente. *...a anamnese deve conter os demais sintomas homeopáticos que expressam a totalidade do paciente, que incluem a relação do ser consigo mesmo, manifesta nos sintomas do intelecto, afeto e vontade, bem como sua atitude no meio – como age e reage com o outro e o mundo* (SOUZA, 2011, p. 25). Graças a tal amplitude, a homeopatia se insere no grupo dos recursos holísticos e trabalha com o prognóstico baseado na percepção global e no histórico do paciente, embora se admita a necessidade de se avançar no estabelecimento de critérios bem definidos para a atingir a meta pressentida.

No entanto, por razões históricas, *médicos vêm a tarefa do prognóstico como uma das mais difíceis da medicina* (BOYD *et al.*, 2010, p. 2, tradução nossa). Depreende-se de tal conjuntura, o dilema de se avançar no conhecimento de um assunto tão caro à medicina

antiga, porém inadvertidamente fragmentado no curso dos séculos. Por sua vez, a homeopatia deixou-se contaminar pelo foco na doença e negligenciou a abordagem do sujeito como um todo. Caminhou, porém, alguns passos quanto à evolução do caso clínico de acordo pelo prisma da unidade mente-corpo.

Talvez por essas razões, o estudo contenha uma dose significativa de originalidade. Mas não se deve supervalorizá-la. Ainda que seja gratificante constatar esse detalhe, importa examinar os seus próprios achados a fim de averiguar se acrescentam alguma coisa ao conhecimento do assunto. Do contrário, transforma-o em bandeira, correndo o risco de se depositar na origem, seja religião, crença, ideologia ou método, um préstimo ou legitimidade *a priori*. Mas é pelo fruto que se avalia a árvore.

Cabe assinalar que, embora discutido adiante, o tema prognóstico foi objeto de capítulo, intitulado Prognose e Cura, no livro *Homeopatia e Saúde*, deste autor. Na obra, já se propõe uma transição do enfoque na doença para a postura do indivíduo no decorrer de sua vida. E como visto de relance na Introdução desta tese, a literatura homeopática ainda se demora em conceitos que destoam de sua própria concepção. A principal e mais recente teoria segue o raciocínio de Masi Elizalde (*apud* AMARAL, 2009) que se baseia na estratificação da doença em quatro tipos: funcional, lesional leve, lesional grave e incurável, o que, apesar de contribuir para o enfoque homeopático, em função da estratificação da enfermidade em quatro grupos de acordo com a sua gravidade, o esquema se mostra bastante limitado para a abordagem homeopática.

Este pesquisador ficou surpreso quando constatou, durante a elaboração do projeto dessa tese, que nunca atinara para o reducionismo da teoria Elizaldeana à doença, apesar de tê-la aplicado ao longo de vários anos. Por outro lado, o emprego da história de vida como elemento prognóstico carece de sistematização. Conforme aplicado na atualidade permanece no limbo da livre escolha do profissional, desobrigado de se pautar em parâmetros e fundamentos. O estudo apresentado tem a ambição de contribuir, tanto em relação ao prognóstico, graças aos Tipos, quanto no emprego da história de vida, em função de propor itens marcantes do percurso individual.

A homeopatia ressalta o peso da patografia ou história de vida – denominada de *biopatografia* em sua literatura – no desfecho do tratamento (VANDERLEI, 2010), a qual deve ser entendida como o conjunto de vivências da história do enfermo, que deixaram marcas psicológicas e/ou afetivas em sua vida e que foram resolvidas no todo, em parte ou persistem até o momento e, às vezes, são agravadas por reações impróprias e/ou nocivas. No Banco de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS – consta a seguinte definição de

diagnóstico biopatográfico: a *determinação* do fator desencadeante ou agravante das manifestações sintomatológicas do paciente, geralmente de ordem psíquica e imerso em sua *história* (BVS, 2013).

Acrescente-se que patografia ou história de vida tem sua utilização ampliada em diversas áreas, contribuindo para a investigação científica, especialmente na abordagem qualitativa:

Os estudos das narrativas permitiriam captar aspectos nucleares da vivência do adoecimento em seus contextos sociais específicos, tendo nos últimos anos sofrido mudanças temáticas, teóricas e metodológicas (SOUZA, 2003, p. 52).

Finalize-se com a assertiva de Lain Entralgo, considerado um dos autores clássicos sobre o tema:

...quando se logrou compreender o significado pessoal de uma enfermidade – o seu ‘sentido’ dentro da existência do paciente –, o relato patográfico passa de ‘história clínica neutra’ a ‘história do enfermo’ (ENTRALGO, 1989, p. 71, tradução nossa).

O presente estudo opta por pesquisar *aspectos nucleares*, a exemplo de sentimentos e reações *específicos* do enfermo em sua trajetória de vida, verificando eventual associação com o seu respectivo prognóstico. Abre-se um parêntesis para salientar que se emprega aqui o termo *associação* sem qualquer conotação de causalidade, a fim de se prevenir possível confusão. Bastos e Duquia deixam muito claro *que uma relação de associação não sugere, necessariamente, uma relação de causalidade, ou causa e efeito* (2013, p. 230, grifo nosso).

Pode-se ainda reforçar no tocante ao tema:

...o conhecimento biológico sobre uma proposição epidemiológica é frequentemente raro, tornando-a, na maioria das vezes, uma mera afirmação de associação entre a exposição e a doença. Averiguar a existência de associação é tarefa bem familiar à estatística (LUIZ e STRUCHINER, 2002, p. 23, grifo nosso).

Fechado o parêntesis, depreende-se que embora a homeopatia notabilize a importância dos elementos patológicos na biografia do indivíduo, como determinantes ou agravantes *das manifestações sintomatológicas do paciente* (BVS, 2013), ela ainda não definiu os critérios para a incorporação de tais dados ao prognóstico de forma consistente e isso resume a

principal finalidade desta pesquisa. Planejou-se, assim, investigar se a evolução e/ou desfecho do caso confirma o Tipo Prognóstico encontrado na respectiva análise.

Finalmente, o objeto demanda que se aborde a questão do possível vínculo entre história de vida e doença. A expectativa é de que o Tipo Prognóstico definido para o paciente seja coerente com o seu diagnóstico e evolução clínica.

A percepção do nexos entre o emocional, às vezes distanciado no tempo, e o distúrbio orgânico transforma-se lentamente em conhecimento científico, apesar da resistência de segmentos importantes da medicina. É graças à percepção do imbricamento entre vida e saúde que se propôs o passo subsequente: a conexão da história de vida com o prognóstico. As contribuições para consolidar o saber que une psiquismo e corpo numa só entidade ainda evolui ao preço de perquirições individuais e, na maior parte das vezes, solitárias. A atividade dos profissionais de saúde persiste entrincheirada nas conquistas já consagradas em ampla latitude, como se a validade de alguma teoria dependesse da aprovação generalizada. Contudo, aumenta na literatura médica a descrição de que as vivências psicológicas – em especial, as grandes frustrações e adversidades – tendem a revelar a respectiva face orgânica, exceto quando devidamente processadas na consciência e na afetividade, tornando banal ou passageira a manifestação física. Assim, alguns autores, depois de anos de observação clínica, livram-se da modéstia e proclamam, enfáticos:

Já que tantos doentes me desvendaram seus pensamentos íntimos, estou em condições de dizer a outros que sei o que se passa de errado na vida deles. Consigo muitas vezes indicar exatamente quais os problemas emocionais do paciente, a partir dos sintomas e da localização da doença. Aí eles derramam seus verdadeiros sentimentos. Depois de uma cirurgia de emergência para lhe remover uma boa extensão de tecido intestinal morto, ouvi o seguinte de uma terapeuta da escola de Jung: - Estou contente por ser você o cirurgião. Venho lecionando psicanálise. Não conseguia lidar com toda a merda que me aparecia nem digerir toda a porcaria de minha vida. A outro médico talvez não ocorresse a conexão com os sentimentos dela, mas não era coincidência que os intestinos constituíssem o ponto focal de sua doença. Outra mulher, após uma mastectomia, disse-me que precisava tirar alguma coisa do peito (SIEGEL, 1989, p. 20).

Coincidência, acaso, idiopatia, etiologia pouco conhecida e afirmativas correlatas exauriram-se, por completo, do raciocínio do experiente investigador dos fenômenos psicossomáticos. Não a psicossomática que fraciona o homem em mente e corpo, mas a que vê a unicidade analógica das manifestações orgânicas e psicológicas, despojada de qualquer efeito causal (EKSTERMAN, 2006, p. 41). Os sintomas e lesões, tenham ou não denominação no âmbito da patologia médica, revelam, em hipótese, as vulnerabilidades,

sentimentos e reações do próprio paciente. Incluem-se no tópico, os acidentes, quase sempre rotulados de acontecimentos fortuitos. Examinando a história de vida do indivíduo, encontram-se – com elevada frequência – os traços psicoafetivos correspondentes. É imperioso admitir que, às vezes, faltam olhos de ver o seu próprio passado. O trabalho de ajudá-los a compreender o significado de suas vivências torna-se fator extremamente relevante, tanto para a cura, como para a palição ou a morte. Do contrário, a enfermidade ou as sequelas de uma injúria são atribuídas a nebuloso acaso.

Permanecer ignorante das razões que originaram a própria doença é, talvez, a principal iatrogenia que o médico perpetra contra os seus pacientes. Acontece, porém, que o facultativo é inocente porque também não sabe, via de regra, nada a respeito da lógica urdidura que compõe a vida, tanto na saúde como na doença. Ele é o médico escravo (BRISSON, 2003), descrito por Platão, conforme Siegel, de maneira extremamente lúcida:

O médico-escravo receita o que a mera experiência indica, como se tivesse conhecimento exato e, depois que dá suas ordens, como um tirano, sai correndo com a mesma petulância para ver outro servo doente. [...] No entanto, o outro médico, que é um homem livre, atende e trata homens livres; faz uma anamnese recuada e entra a fundo na natureza da desordem; trava conversa com o paciente e com seus amigos e, ao mesmo tempo que obtém informações dele, vai lhe dando instruções na medida do possível. Mas não lhe receitará nada até que o tenha convencido (SIEGEL, 1989, p. 17).

O maior desafio daqueles que mourejam na compreensão da unidade mente-corpo tem sido postular resenhas que descaracterizem qualquer impressão de culpa. Alguns cientistas mostram-se refratários à noção de que emoções, sentimentos e percepções representam – conjectura-se – a primeira expressão do distúrbio do sujeito; o segundo estágio ocorrerá na estrutura orgânica, guardando analogia com os elementos psicoafetivos, além de proporção semelhante à sua intensidade e duração, já evidenciados na dimensão emocional. Ressalte-se que muitos fatores, e não apenas os classicamente terapêuticos, podem sobrevir no intervalo entre as duas manifestações, alterando a última, o será discutido à exaustão. Infere-se de tal entendimento que o polo psicoafetivo e o orgânico se exprimem *de acordo com um regime de ‘liberdade’ que permite que sua expressividade não seja condicionada ou constrangida pela exigência da paridade absoluta entre os registros* (BRAZÃO, 2012, p. 206).

Se, por um lado, admitir que a origem da doença procede, antes de tudo, de si mesmo implica em responsabilização – vivenciada como culpa por alguns –, pelo outro, confere ao próprio doente a primazia no trabalho em relação à cura. Em poucas palavras, quem produz

a alteração é o mais capacitado para amenizá-la ou erradicá-la. As boas respostas e as curas improváveis reverberam-no.

O estudo aqui apresentado entende que a cura efetiva e duradoura depende não só da mudança do padrão da afetividade e consciência do paciente – caso ainda não realizada espontaneamente –, mas também dos eventuais reparos ou compensações que o seu próprio passado demandou dele próprio. Assim, é possível que não baste sentir-se em paz consigo mesmo e com todos. Seria indispensável, olhar o pretérito e ver, com profunda sinceridade, que não fez nada de que se envergonhe ou se lastime intensamente. Conquanto Carl Simonton promova um extraordinário avanço no conhecimento acerca do assunto, em sua exitosa obra *Com a Vida de Novo*, há que se discordar dele em dois aspectos, citados a seguir: *O paciente canceroso, de maneira típica, reagiu a esses problemas e estresses com sentimento de profunda falta de esperança e de ‘desistência’* (SIMONTON, SIMONTON e CREIGHTON, 1987, p. 21). A concepção lembra a abordagem psiquiátrica que formula quadros fixos para os transtornos mentais. Essa abordagem tende a formar doenças e alinha-se ao esquema reducionista da medicina (VIEIRA, 2013, p. 28 e 31). Ao revés, cada caso tem a sua história peculiar, na qual preponderam os detalhes individuais. Mesmo quando se analisa a fase pós diagnóstico, encontram-se dúzias de enfermos lutadores contra a doença. O problema é que eles não sabem qual e como é o inimigo, porque não olham para o seu próprio passado nem para dentro de si próprios. E, quando o fazem, costumam afundar-se na culpa. Aí, sim, alguns se deixam dominar pela desesperança. Nesse ponto, insere-se a segunda discordância: *Acreditamos também que o câncer surge como uma indicação de problemas existentes em outras áreas da vida da pessoa, agravados ou compostos de uma série de estresses que surgem de 6 a 18 meses antes do aparecimento do câncer* (SIMONTON, SIMONTON e CREIGHTON, 1987, p. 21). O levantamento da possível associação entre a história de vida e o prognóstico pretende esquadriñar se fatos e sentimentos antigos – e não somente os vivenciados nos últimos 18 meses – ajustam-se também como constituintes de monta, vinculados à expressão posterior da doença física, e a eventual congruência entre ambos.

Perquiriu-se eventual coerência entre história de vida e enfermidade, com sua respectiva evolução clínica, vendo-as em sua sequência natural – isentas de qualquer relação causal. E ao conferi-las entre si, indagou-se a possibilidade de que ambas apontem um prognóstico similar.

Ressalve-se, porém, que tal entendimento não significa que as alterações orgânicas relativas às alterações psicoafetivas estejam ausentes, durante um intervalo de tempo que se

poderia intitular de *latente*. Embora ocultas ou ainda não valorizadas, a disfunção ou lesão física se inicia, em hipótese, de forma simultânea à emocional. Os distúrbios imediatos, decorrentes de susto, má notícia, cena de violência ou calamidade, entre outras, embasam a afirmativa. O homeopata Masi Elizalde considera alma e corpo um composto substancial: *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* (ELIZALDE, 2004, p. 180). Importa esclarecer que *enfermidade mental* significa, na homeopatia, o temperamento do sujeito, independentemente de qualquer transtorno psiquiátrico. Adicione-se ainda o seguinte comentário a respeito das teorias de William Reich, considerado um dos pioneiros na descrição da unidade mente-corpo: *Em seus estudos, as neuroses não eram compreendidas separadamente das repressões sexuais, desigualdades socioeconômicas, bem como adoecimentos físicos* (BARRETO et al., 2015, p. 57). Revigora-se tal perspectiva com o asserto sintético de Brazão, ainda que ele próprio reconheça-o insuficiente para explicar todos os fenômenos: *mente e corpo não são duas coisas distintas, mas uma só e mesma coisa se expressando simultaneamente* (BRAZÃO, 2012, p. 110). Cabe apontar que a manifestação orgânica destoa da emocional, com frequência, na intensidade e na duração. Finalmente, a reflexão de Foucault parece apontar que a unidade entre o quadro mental e o orgânico é meta a ser alcançada:

A dificuldade em reencontrar a unidade das perturbações orgânicas e das alterações da personalidade não provém do fato de se acreditar que elas possuem uma estrutura de mesmo tipo? Para além das patologias mental e orgânica, há uma patologia geral e abstrata que as domina, impondo-lhes, à maneira de prejuízos, os mesmos conceitos, e indicando-lhes os mesmos métodos à maneira de postulados (FOUCAULT, 1975, p. 5).

Admite-se que a homeopatia propõe como **patologia geral**, não uma abstrata, mas objetiva, que cada indivíduo encena em sua própria vida. É no temperamento e no físico do sujeito, com sua adaptação às circunstâncias e compensações fortuitas, que se deve procurar os sinais primordiais, cuja evolução os transformará em doença mental clássica ou orgânica.

Aceita-se que o tempo dilua o impacto e, em alguns casos, surjam componentes gratificantes na vida do paciente que, mesmo incapazes de prevenir a doença, às vezes concorrem para torná-la curável, na época em que a fração somática do processo se tornar evidente. Portanto, talvez não convenha pensar em termos de igualdade entre o quadro emocional e o orgânico, mas de semelhança. Reúnem-se, hipoteticamente, o psicológico que, em face de seu padrão sutil, estampa-se com mais celeridade, e o orgânico que, em sua dimensão de concretude, possivelmente ofereça mais resistência, e consequente demora, à

exteriorização das disfunções e lesões. Enfim, a trajetória combina o ontem, predominantemente psicoafetivo, e o hoje, prevalentemente físico, além de incorporar, os ingredientes terapêuticos, e o novo conjunto provavelmente defina o futuro, mais conhecido pelo nome de *resultado* ou *desfecho* de cada trajeto, pessoal e intransferível.

Nota Explicativa

Introdução da Tese compõe-se de mais três capítulos, além desta Apresentação:

Fronteiras do Prognóstico na Medicina Contemporânea;

Reflexões sobre os sinais em *O Nascimento da Clínica* (de Michel Foucault);

Adão e Eva no Paraíso Científico (ensaio sobre a relação entre sexualidade e método científico).

Eles demonstram o esforço desta empreitada para contemplar a medicina tanto pelo prisma científico como filosófico.

Em seguida, percorrem-se os capítulos tradicionais de teses: Objetivos, Procedimentos Metodológicos, Resultados/Análise e Discussão.

Encerra-se com dois capítulos: *Resposta ao Tempo e a Ordem sobre a Homeopatia*, e Conclusões e Perspectivas do Estudo.

2. FRONTEIRAS DO PROGNÓSTICO NA MEDICINA CONTEMPORÂNEA

Define-se prognóstico como *suposição, baseada em dados da realidade, sobre o que deve acontecer; previsão* (HOUAISS, 2009). Esquadrinhando o prognóstico em cirurgia abdominal, Henriques afirma que

prognóstico é uma palavra de origem grega constituída por 2 elementos pro ⇔ antes e gignosko ⇔ saber, que significa 'o julgamento informado do curso e provável resultado da doença baseado no conhecimento dos fatos' ou mais simplesmente 'a percepção antecipada da evolução da doença' (HENRIQUES, 1998, p. 15).

Cabe recordar mais uma vez a clássica afirmativa de Hipócrates, sobre a qual tantos estudiosos se empenharam durante os séculos a fim de extrair-lhe o conteúdo que esorre por suas entrelinhas:

O melhor médico parece-me ser aquele que sabe conhecer com antecedência. Expondo com perspicácia, junto dos doentes, o presente, o passado e o futuro de suas doenças, explicando o que eles omitem, ele ganhará sua confiança. E convencidos da superioridade de suas luzes, eles não hesitarão em se entregar aos seus cuidados. Ele tratará tanto melhor os doentes, quanto saberá, com ajuda do estado presente, prever o estado futuro. (HIPÓCRATES, 1840, p. 111, tradução CB).

No presente capítulo, a prioridade é focalizar a ciência de se prognosticar baseando-se na doença. Mas, no total, propõe-se novo questionamento, ainda que incipiente: é possível a previsão do resultado por meio da história de vida? Considera-se, aqui, a possibilidade de que tal conhecimento faculte ao profissional de saúde a aquisição de mais uma ferramenta, cuja aplicação contribua para intervir tanto no aspecto curativo, auxiliando o paciente a perceber as correções de postura e/ou sentimentos que venham a lhe trazer benefícios, bem como no sentido profilático, advertindo o enfermo quanto aos eventuais riscos de modo que os processe antes mesmo de que a parcela orgânica se evidencie.

Tudo indica que o avanço conceptual e tecnológico em saúde e, particularmente na medicina, esprou-se nas últimas décadas pelas emaranhadas veredas da prognose. Como ciência relativa à previsão da evolução clínica, o prognóstico gera uma exuberância de

informações difusa e aleatória, aparentemente desprovida de qualquer eixo norteador. Assim, de cada enfermidade costuma despontar vários subtipos, nos quais os pequenos detalhes – às vezes, inaparentes e banais – investem-se de graves e/ou duradouras consequências. Desse modo, a criticada e predominante superespecialização em voga na medicina prospera, e em ritmo acelerado, já que um único diagnóstico engendra múltiplos prognósticos de si mesmo, dependendo não só das características patentes no quadro clínico, bem como de sinais provenientes de exames complementares.

Em função da influência notável do enfoque centrado na doença, em detrimento do sujeito como um todo, a medicina contemporânea desenvolveu numerosos instrumentos capazes de prever os resultados dos mais variados processos clínicos, podendo se mencionar entre outros: *a Escala de Coma de Glasgow, delineada em 1974, foi um dos primeiros sistemas de escores numéricos* (BOFFARD, 2011, p. 221, tradução nossa); o Índice Pré-Hospitalar, que consiste em tomar *medidas de pressão arterial, pulso, status respiratório e nível de consciência, que estavam determinadas a melhor correlacionar com mortalidade ou a necessidade de cirurgia* (HOYT *et al.*, 2008, p. 65, tradução nossa); a dosagem de certos elementos químicos no sangue igualmente contribuiu para o aumento das taxas de cinco anos de sobrevida, a exemplo do câncer de próstata que, entre 1985 a 1989, ficava de 37 e 72 % na Europa e, segundo ADAM *et al.*, (2008, p. 518, tradução nossa), *atualmente nos EUA, a sobrevida de cinco anos é de 100%, o que pode refletir a influência notável introduzida pelo exame do Antígeno Prostático Específico (PSA)*; chega-se a distinguir subtipos de uma enfermidade de acordo com a positividade ou não do fator reumatoide no sangue, o que tem implicações significativas no tocante ao prognóstico (KISS; LOTITO, 2003, p. 801) e, finalmente, fixa-se com frequência a prognose pautado no tipo celular ou estadiamento de um dado câncer, já que

...a detecção de células tumorais disseminadas na medula óssea [...] 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).

Há que se ressaltar ainda a relação entre a prognose e a prevalência, do ponto de vista epidemiológico, porque *a prevalência pode aumentar como consequência do melhor prognóstico, mesmo se a incidência for estável* (ADAM *et al.*, 2008, p. 42, tradução nossa).

Em vista de tais constatações, o presente estudo tem por objetivo compreender quais elementos pautam ou, pelo menos, influem no estabelecimento da prognose em diferentes situações clínicas, segundo a racionalidade médica contemporânea.

Além disso, apesar de entranhadamente vinculado ao diagnóstico, devemos reconhecer a interação frequente entre o prognóstico e a terapêutica, pois a antevisão do desfecho considera não só a eventual gravidade do caso, mas computa igualmente a disponibilidade de algum recurso eficaz para o tratamento ou prevenção da doença. Por outro lado, aplica-se também a predição acerca da possível evolução a contextos livres de qualquer enfermidade, a exemplo dos *perfis de risco cardiovascular para prever as doenças cardíacas e o uso do índice de Apgar para determinar o prognóstico de recém-nascidos* (MOLINET, 2013, p. 35).

Note-se a amplitude do terreno em que medra o prognóstico, englobando aspectos relativos ao diagnóstico, à prevalência, aos fatores de risco e à terapêutica. Considerando a imensa variedade de fatores, passíveis de exercer alguma influência na determinação desses elementos, constata-se a complexidade que envolve a formulação do juízo científico.

2.1 OBJETO

Investigar a existência de critérios relevantes que possibilitam o estabelecimento do prognóstico em qualquer doença ou condição.

2.2 PERCURSOS

O estudo restringiu-se a coletar qualquer menção relativa aos preditores em saúde em artigos ou tratados de distintas especialidades médicas, reunindo-os em subgrupos de acordo com a semelhança encontrada.

Fez-se um levantamento em torno do prognóstico na medicina contemporânea em artigos nas principais bases de indexação (em especial no PubMed) e em livros-textos de medicina, disponíveis na biblioteca da Universidade Federal do Acre. Constitui-se, portanto, numa pesquisa literária, dentro de uma restrita seção do avultado espectro da prognose, da qual se explorará, prioritariamente, a possibilidade de existir vínculos ou sinais, enfim, associação entre o a história de vida e a evolução clínica do paciente.

Optou-se por reduzir ao máximo qualquer conceito referente ao aspecto histórico ou filosófico, os quais serão objeto de outro artigo.

2.3 RESULTADOS

De antemão, os indicadores implicados no prognóstico podem ser evidentes ou ocultos. Enquanto os do primeiro tipo compõem o quadro clínico tradicional, os do último provém da intitulada propedêutica complementar. É muito comum, na prática, que ambos se integrem para a definição da prognose. Além dessa elaboração prognóstica baseada na grande quantidade de alterações significativas, procedentes da enfermidade – acrescida das informações advindas dos exames adicionais –, há que se destacar dois outros sinalizadores: algum dado ou circunstância que isoladamente parece simbolizar a evolução do caso e, finalmente, a época em que se estabelece o diagnóstico.

Desse modo, os critérios que levam à postulação do prognóstico desfavorável derivam de três fontes:

1. Número elevado de sinais e sintomas – ou princípio quantitativo.
2. Elemento simbólico – ou princípio qualitativo.
3. Cronologia do diagnóstico: precoce ou tardio – ou princípio temporal.

Ressalve-se que a mescla desses fatores acontece com frequência na prognose e a iniciativa de formar os três grupos obedece mais à intenção didática, visando refletir sobre o assunto.

Esmiucemos cada um desses itens:

2.3.1 Número elevado de sinais e sintomas – ou princípio quantitativo: admite-se que numa determinada doença a quantidade aumentada de sinais e sintomas acarrete, por si só, tendência à prognose desfavorável em comparação com caso do mesmo diagnóstico, porém com menos distúrbios, exceto quando o último se insere no segundo grupo, aludido acima, que contém algum dado de valor emblemático. Descrevem-se, abaixo, alguns exemplos, começando com o melanoma maligno:

Além da idade e sexo, pacientes jovens do sexo feminino têm melhor prognóstico. Existem os fatores clínicos, histológicos e de localização no corpo que também determinam o prognóstico. Os fatores mais importantes nessa avaliação são as características do tumor primário, como nível de invasão, índice mitótico, presença ou não de linfócitos infiltrantes, número de linfonodos acometidos e, além disso, se o tumor primário é ulcerado e sangrante (MARTINS, 2009a, p. 536).

Em relação à neurocisticercose, afirma-se que *é difícil estabelecer um prognóstico mas, na presença de hipertensão intracraniana ou sinais de comprometimento progressivo e generalizado do SNC, é comum a evolução desfavorável* (VERONESI e FOCACCIA, 1991, p. 823), ao contrário do cisto intraventricular solitário ou cisto único que reage

positivamente após excisão cirúrgica, segundo o mesmo autor (p. 825). E, por último, na mielofibrose (MF), aceitam-se os seguintes fatores prognósticos:

...anemia, idade do paciente, contagem leucocitária (alguns estudos favorecem a baixa contagem leucocitária, e outros, a alta contagem como fator de mau prognóstico) e número de blastos no sangue periférico. A relação entre alterações citogenéticas e prognóstico não está bem estabelecida. Um estudo recente sugeriu que somente algumas alterações cromossômicas clonais estão associadas a mau prognóstico, como a trissomia do cromossomo 8 e a deleção do braço curto do cromossomo 12. A trissomia do 13 confere mau prognóstico por causa da transformação blástica precoce (MARTINS, 2009b, p. 257).

2.3.2 Elemento simbólico – ou princípio qualitativo: a influência marcante de algum

sintoma isolado ou enfermidade, por si só, na configuração do prognóstico deriva tanto de distúrbio local como de perturbação generalizada. Importa constatar a ênfase atribuída a um único fator ou unidade. Cita-se, em primeiro lugar, o acometimento do paciente como um todo, a exemplo do *coma* na meningite infantil: *Em relação a fatores prognósticos, é relatado por muitos autores que a mortalidade se eleva em crianças que se apresentam em coma no momento da hospitalização (BEREZIN et al., 2002, p. 23);* pode ocorrer também que um distúrbio global, aparentemente comum, assuma notável projeção: *em pacientes com câncer, a perda de peso pode ser considerada fator de pior prognóstico (MARTINS, 2009a, p. 496).* Dependendo do conhecimento da história natural da enfermidade ou de estudos relacionados à sua respectiva prevalência, o simples diagnóstico impõe-se de forma absoluta na predição do caso: *o câncer de pulmão no sexo masculino [...] constitui a primeira causa de óbito em todas as regiões [brasileiras] (MARTINS, 2009a, p. 475) ou, ainda, a segunda causa de óbito nos homens é o câncer de próstata... (idem, pag. 476);* acrescente-se que *para as mulheres, o câncer de mama é a principal causa de morte nas regiões Sudeste, Sul, Centro-Oeste e Nordeste, enquanto o câncer de colo de útero é a principal causa de morte na região Norte (idem, pag. 476).* Vê-se que um conjunto de sinais e sintomas alçou diferenciado patamar ao constituir uma personalidade, cujo desfecho é sobejamente conhecido. Em outras palavras, um dado define o prognóstico com grande margem de segurança, evidenciando o aspecto qualitativo da informação.

As anormalidades subjacentes, detectadas por meio de recursos complementares, ainda que não se exteriorizem no quadro típico de sintomas nem interpretem um papel importante no drama evolutivo da doença, podem investir-se igualmente de caráter preditivo. Neste caso, a qualidade do dado reveste-se mais ainda do conceito de simbolismo, já que ele desempenha somente o personagem de anunciante do drama, sem participar ativamente do

processo. Assim, as taquiarritmias ventriculares, um achado de gravidade apenas relativa, pois *elas dificilmente são observadas em pessoas com área cardíaca normal e/ou eletrocardiograma prévio sem distúrbio de condução* (MADY e NACRUTH, 1995, p. 793), tomam proporções inusitadas na Doença de Chagas, *porque neste contexto, as taquiarritmias ventriculares têm importância vital na ocorrência de morte súbita* (idem).

Quanto ao tamanho, a anomalia subjacente abrange de modo gradativo desde uma microscópica corrupção cromossômica, passa pelo aparecimento de moléculas estranhas ou células e tecidos aberrantes e atinge o extremo dos nódulos e tumores, os quais podem ser localizados ou disseminados.

Como primeiro protagonista deste elenco encaixa-se a desfiguração gênica que, mesmo isolada, pode produzir implicações relevantes na prognose, a exemplo do aumento dos oncogenes²:

No câncer de mama, a amplificação e o aumento de expressão do oncogenes ERBB-2 é um importante fator prognóstico e preditivo aplicado à clínica. Pacientes com tumores que apresentam aumento de expressão de ERBB-2 apresentam, geralmente, linfonodos comprometidos, alta taxa de proliferação, ausência de receptores de estrogênio (ER) e menor intervalo livre de doença e sobrevida total (MARTINS, 2009a, p. 450).

O elemento genético também pode se converter em valioso ingrediente preditivo, quando associado a outros fatores: estudo realizado na China mostra que a junção do RNAmi 499 com o tabagismo ou alcoolismo *desempenha um papel crucial no carcinoma hepatocelular* (CHU *et al.*, 2014, p. 6, tradução nossa).

Na vertente das alterações minúsculas, enquadra-se a positividade do fator reumatoide, que consiste *numa imunoglobulina IgM anti-IgG presente no soro em cerca de 80% dos pacientes com AR [artrite reumatoide]* (SILVA *et al.*, 2003, p. 557). Essa partícula encontra-se associada *tanto ao aparecimento de erosões ósseas no primeiro ano de doença quanto a uma piora funcional maior, comparando-se aos pacientes com fator reumatoide negativo* (MARTINS, 2009b, p. 618).

Seguindo neste fluxo de modificações não expressadas diretamente no quadro clínico – embora em certos casos – essenciais ao processo patológico, Ribeiro Jr *et al.* (2000) sintetizam a vasta abrangência e extraordinária perspectiva da análise histológica na

² Oncogene: An oncogene is a mutated gene that contributes to the development of a cancer. (<http://ghr.nlm.nih.gov/glossary=oncogene>). Um oncogenes é um gene “mutado” que contribui para o desenvolvimento do câncer. (nota e tradução do autor)

oncologia, o que provavelmente se aplique a inúmeras circunstâncias de outras especialidades:

A capacidade de prever a agressividade biológica e a resposta terapêutica através da análise tecidual é de valor inestimável para o tratamento dos pacientes com câncer. Se tumores não responsivos pudessem ser identificados, estes pacientes poderiam ser poupados de toxicidade, tempo e gastos financeiros com regimes terapêuticos intensivos... (RIBEIRO Jr et al., 2000, p. 247).

Continuando avante na listagem dos fenômenos inexplícitos, a semiologia endossa a valia de se pesquisar irregularidade eletroencefalográfica radicada no sistema nervoso, demonstrando sua elevada dimensão prognóstica:

...neonatos com crises convulsivas que apresentam EEG sequencialmente anormal (com padrão eletrográfico de dismaturidade persistente, surto supressão e ou baixa voltagem) apresentam prognóstico neurológico desfavorável. Já os recém-nascidos com EEGs normais de forma sequencial, geralmente, têm bom prognóstico (NUNES et al., 1994, p. 13).

Importa realçar ainda nesse capítulo, a valiosíssima contribuição de um procedimento simples, pautado no critério qualitativo, que se propagou em larga escala:

...o declínio da mortalidade nos EUA por câncer do colo uterino foi drástico, (...) a queda em incidência e mortalidade ao longo do tempo advém do sucesso do teste de Papanicolaou na década de 1920, que permitiu a detecção de lesões precursoras (MARTINS, 2009a, p. 507).

2.3.3 Cronologia do diagnóstico: precoce ou tardio – ou princípio temporal: existem incontáveis referências quanto ao benefício de se executar a diagnose em estágio prematuro da enfermidade: *pacientes com hepatocarcinoma criptogênico podem melhorar prognóstico caso o diagnóstico seja antecipado* (HSU et al., 2014, p. 5); o câncer de mama, diagnosticado precocemente augura bom prognóstico (MARTINS, 2009a, p. 467). Parece haver tamanha confiança nesse fundamento, que se afirma em relação ao câncer de boca: *a recusa ou negação da doença reforça o seu estigma negativo na população, que vê o câncer como uma sentença de morte, geralmente sem possibilidade de tratamento, o que não se justifica nas lesões descobertas precocemente* (SANTOS, BATISTA e CANGUSSU, 2010, p. 420). E tudo indica que as evidências em favor da precocidade do diagnóstico estabeleceram-se há várias décadas, a exemplo do que se constatou no tocante ao cretinismo em artigo publicado em 1971:

...o melhor prognóstico mental foi alcançado naqueles pacientes cujo tratamento começou durante os três primeiros meses de vida (como em 14 dos 19 casos subsequentemente testados). Esses resultados confirmam os relatados por outros investigadores (...) Acredita-se que pacientes com QI mais baixos tiveram deficiência tireoidiana intrauterina duradoura (RAITI e NEWNS, 1971, p. 693, tradução nossa).

2.4 ARGUMENTAÇÃO

Um dos achados mais surpreendentes sobre o prognóstico na medicina contemporânea é a quase ausência dessa palavra no índice remissivo dos tratados clínicos de diversas especialidades. Percorrendo os diferentes capítulos, constata-se que os autores discorreram a respeito da questão prognóstica, com frequência, porém abstiveram-se de incluí-la na lista alfabética de itens. Desse modo, a pesquisa bibliográfica em torno do assunto reclama exaustivo trabalho, já que exige a procura extensiva de referências ao tópico ao longo de todo o livro. Tal realidade faz pensar que a relevância do prognóstico esvaiu-se na percepção dos editores. O discurso clínico, regido pelo conceito da multicausalidade, enuncia a todo momento a expressão “fator(es) de risco” e, assim, pode-se já asseverar que das causas e da história natural da doença obtém-se as principais informações para a composição e exercício do prognóstico.

Em relação ao antagonismo entre o maior número de alterações, por um lado, e o dado único de eminente valor qualitativo, pelo outro, recorre-se aqui ao comentário de HENRIQUES (1998, p. 15), no qual vislumbra-se o enfoque histórico em torno do tema:

A realização de estimativas prognósticas, inicialmente qualitativa e feita através da associação de sintomas ou sinais → resultado, passou a quantitativa sendo realizada por sistemas de categorização, pontuação e cálculo de probabilidade.

Portanto, ainda que o pensamento moderno enalteça as predições montadas em graus e resultados progressivos, decorrente do somatório de diversos tópicos, a exemplo da Escala de Glasgow, sempre haverá espaço para procedimentos de natureza qualitativa, centrados em apenas um detalhe, o qual pode nem ter – como já se viu – participação na fisiopatogênese da doença.

Concentrando o foco no critério *maior número de variáveis*, permite-se algumas ilações: conquanto os estudos de prevalência acumulem excepcional conhecimento, suficiente para fundamentar a predição de um sem número de moléstias com bastante segurança, esse extraordinário recurso desemboca em nocivo efeito colateral: em muitos casos, a doença ramifica-se numa gama de possibilidades prognósticas, lembrando espécies

diferentes de um mesmo gênero, cuja definição de tipo exige minuciosa investigação por parte do especialista. A multiplicidade de itens torna, não raro, extremamente complexa a designação do prognóstico. No caso da mielofibrose, como já assinalado, observa-se que a contagem leucocitária tanto para cima como para baixo entra no cômputo; ao todo, são sete elementos desde a anemia à trissomia do 13 interferindo no estabelecimento do prognóstico da MF, o que transforma a questão num intrincado quebra-cabeça. A junção de informações originárias do quadro clínico, de exames laboratoriais e, ainda, imagenológicas exige laboriosa investigação e sensibilidade por parte do profissional. O arraigado hábito de modelar figuras estanques e irredutíveis para definir o diagnóstico depara-se, portanto, com formidável desafio.

Se, por um prisma, a prognose contemporânea rende embaraços à prática médica tradicional, pelo oposto, ela aniquila a faceta inexorável da doença. Deste modo, ela não representa mais o termo final e conclusivo, e deixa de ser um rótulo que se apende à frente de todos os pacientes que compartilham daquele nome em seus destinos. Agora, torna-se imperioso descobrir como cada sujeito individualiza a sua própria enfermidade. Isso requer pormenores: carece de sopesar os indícios que apontam para eventuais complicações e quantos auguram um feliz ocaso. E ainda quando não haja variantes apreciáveis delineando diferentes rumos, a doença – mesmo em sua feição dura e arcaica – permite ao facultativo socorrer-se do conhecimento atinente às frações em que se distribuem os casos com bom, regular ou mau desenvolvimento, bem como à duração da respectiva sobrevida. De sorte que o prognóstico redime a ciência médica de sua propensão secular para estatuir doenças rígidas e formais – verdadeiros mitos implacáveis –, abrigando a chance de cursar de forma supostamente idêntica e soberana em todos os pobres e desavisados mortais que as enunciassem em seu próprio organismo.

Quanto à utilização de anormalidade subjacente, percebe-se em diversas conjunturas a tentativa, nem sempre frutífera, de promover irregularidades genéticas ou moleculares como sustentação cabal não só do diagnóstico, mas também do prognóstico. Há aqui notório reducionismo e se demonstrará que ao indiscutível sucesso do expediente em numerosos casos, contrapõe-se repetido fracasso em tantos outros.

A ângulo prejudicial do critério qualitativo é o estímulo ao reducionismo, conferindo supervalor a certo quesito, entronizado com o título de “padrão ouro”. Aparece, então, uma quasi-crença em seu supremo poder prognóstico. Consequentemente, os sinais oriundos dos genes e das moléculas prestam-se com perfeição para o raciocínio reducionista:

(...) o estudo do DNA, RNA ou de proteínas humanas para identificar doenças que possuem caráter hereditário (...) permitem o diagnóstico mais preciso (diagnóstico genético), maior acurácia quanto à etiologia das diversas doenças (MARTINS, 2009b, p. 54).

Tal expectativa é compartilhada por outros pesquisadores:

...a identificação de lesões gênicas responsáveis pela carcinogênese poderia criar um sistema de estadiamento baseado na biologia molecular, que aumentaria a acurácia em prever prognóstico de um indivíduo com câncer (RIBEIRO Jr et al., 2000, p. 251).

Entretanto, as exceções à proeminência genética abundam na literatura. Em relação à Doença Poliglandular Autoimune, lê-se que *o quadro clínico varia muito entre famílias com a mesma mutação e dentro da mesma família, não havendo boa correlação entre genótipo e fenótipo*, denunciando que os dados gênicos não conferem peso absoluto à acurácia idealizada; o mesmo sucede no tocante à anemia falciforme, tida como muito heterogênea do ponto de vista clínico, pois sabe-se que, *apesar de ser o protótipo da doença monogênica mendeliana, comporta-se clinicamente como multigênica, com **grande variabilidade fenotípica*** (MARTINS, 2009b, p. 110).

Assim, além da complexidade dos fatores genéticos envolvidos no polimorfismo da anemia falciforme,

Efeitos ambientais podem também ter papel fundamental na expressão fenotípica da anemia falciforme. Temperaturas baixas podem induzir à dactilite e às crises de dor, e a desnutrição, comumente encontrada nesses indivíduos, pode interferir na expressão fenotípica da doença (FIGUEIREDO, 2007, p. 217).

Afora os elementos ambientais, em certas ocasiões é indispensável conciliar o quadro genético com antecedentes familiares. Existe uma forma rara e familiar da Doença de Parkinson (DP), na qual a possibilidade da moléstia se manifestar aumenta bastante quando ocorrem sintomas nos genitores ou no consulente. *Se, por exemplo, o consulente ou seu pai vierem a desenvolver sintomas de DP, o risco se modifica acentuadamente.* (NUSSBAUM, 2008, p. 449).

Finalmente, a enfermidade também exhibe apesar da ausência do fator gênico que comumente se lhe associa, o que expõe a complexidade do tema, como ocorre na *hipoplasia de células de Leydig*, na qual as *mutações no gene do LHCGR não foram identificadas, o que confirmou a heterogeneidade genética da doença* (MARTINS, 2009b, p. 16). Há que se ressaltar esses achados, pois desmistificam a importância ou dependência, em certos quadros, do componente genético na expressão da enfermidade.

Portanto, a pretendida acurácia clínica estribada exclusivamente no fator gênico ou molecular, apesar de ser suficiente em várias ocasiões, malogra-se muitas vezes, já que a interação entre o componente microscópico e o meio ambiente faz-se necessária para a ativação da sintomatologia. Canguilhem discorre com clareza sobre a questão:

De fato, a explicação da relativa raridade das doenças bioquímicas provém do fato de que as anomalias hereditárias do metabolismo permanecem muitas vezes latentes, como disposições não ativadas. Não havendo encontros aleatórios com determinado componente do meio em que se vive, com determinado efeito da concorrência vital, essas anomalias podem permanecer para sempre ignoradas por seus portadores. Assim como nem todos os germes patogênicos determinam uma infecção em qualquer hospedeiro, em qualquer circunstância, assim também nem todas as lesões bioquímicas constituem a doença de alguém (CANGUILHEM, 2009, p. 129).

Enfim, o critério baseado no princípio qualitativo ou simbólico oscila entre um polo de segurança, que reitera a eleição de um único fator como se dotado do potencial de prenunciar o desfecho de modo inapelável e, outro, no qual a diversificação dos elementos se impõe, preceituando a integração de aspectos pessoais, familiares e ambientais para a formulação do prognóstico. Destarte, o sonho dourado do sintoma patognomônico para cada doença renasce e atualiza-se – na esfera da prognose – por meio da convicção de que haja, dentre os componentes do painel clínico, algum sinal decisivo a fim de promulgar determinado prognóstico de forma peremptória. Todavia, as variações sobre um mesmo tema ressoam igualmente na prática médica. O cruzamento dos dados microscópicos com o quadro geral do paciente, juntamente com os aspectos familiares e ambientais origina um produto mais consistente para iluminar a predição. O dado simbólico, tão útil em situações específicas, lembra fulgurante estrela, em nada desprezível, mas que haverá de se unir a diferentes astros do enredo patológico de modo a orientar o profissional na arte da prognose.

Por último, o estudo do prognóstico requisita a análise acerca do princípio temporal. É consenso geral na literatura que a precocidade do diagnóstico favorece – em havendo terapêutica disponível – um melhor resultado para o paciente. Entretanto, o atraso de algumas semanas ou meses para a identificação da doença representa, em diversas ocasiões, um curto intervalo em comparação com o longo tempo que ela evoluiu de maneira silenciosa. E assim, quando do diagnóstico, *boa parte da história natural da neoplasia já aconteceu, e apenas mais algumas duplicações ocorrem até alcançar-se a carga letal de 10^{12} células neoplásicas* (MARTINS, 2009a, p. 513).

Então, como se desconhece a duração do período de desenvolvimento da doença que antecedeu ao diagnóstico, e tampouco se sabe aonde apontarão os transtornos já em andamento, como classificar se determinado caso se encaixa ou não na categoria *precoce*?! Aferindo o impacto no prognóstico oriundo do intervalo sintomático pré-diagnóstico (PSI) em crianças com câncer no sistema nervoso central, Fukuoka extrai conclusões interessantes, ainda que ressalve o risco de alguns vieses em sua investigação:

Tumor de elevado grau histológico foi o único fator clínico correlacionado com PSI em nosso estudo. Diagnóstico precoce não contribui para um melhor prognóstico de vida em crianças com tumor cerebral, mas possivelmente para melhorar o resultado funcional (FUKUOKA et al., 2014, p. 832, tradução nossa).

Ainda se pode indagar se existem doenças que germinam, com mais frequência, por meio de processo oculto e quanto tempo levam para alcançar a exteriorização no organismo. Não seriam, então, as alterações eletrográficas, detectadas pelo EEG e ECG, e as evidências gênicas, sorológicas e de imagem os sinais prematuros de complicações que muito provavelmente se instalarão no organismo a médio e longo prazo, naqueles casos em que predomina o silêncio clínico?! Na citação relacionada acima sobre o cretinismo é flagrante a inferência indevida, pois admite que se o diagnóstico foi precoce, e alguns casos manifestaram QI baixo, então a alteração metabólica era ainda mais antiga: *Acredita-se que pacientes com QI mais baixos tiveram deficiência tireoidiana intrauterina duradoura (RAITI E NEWNS, 1971, p. 693, tradução nossa).* Parece que teria sido bem oportuno levantar dúvida a respeito dos parâmetros em que se estipula a precocidade e quais os seus respectivos pilares...

Importa, além do mais, analisar que o prognóstico contemporâneo tornou-se refém do diagnóstico, desempenhando o papel de mero subproduto. Embora o paciente elabore a sua enfermidade, regra geral, de maneira prévia ao diagnóstico, e em casos específicos admita-se que dispendeu vários anos em tal processo, atribui-se enorme valor à exploração centrada na doença, ignorando o percurso existencial do enfermo. Entretanto, cabe questionar essa conduta. De acordo com Muramoto, as *categorias diagnósticas representam uma construção feita pelo homem, e não o produto da natureza em si mesma* (MURAMOTO, 2014, p. 8, tradução nossa). Não será da trajetória do sujeito, repleta de vivências existenciais mais ou menos favoráveis ao seu próprio bem-estar espiritual, psicológico e orgânico, que promanam influências também consideráveis para que o seu respectivo diagnóstico seja precoce ou tardio?!

Talvez a afirmativa seja muito arrojada, porque o homem permanece com olhos fixados no exterior, esquecido de si mesmo e de seu indeclinável protagonismo na gênese de sua própria doença. Paradoxalmente, a genética parece nos auxiliar na compreensão dessa responsabilidade:

A descoberta que os oncogenes, inicialmente relacionados a genes de origem viral, apresentavam alta similaridade, senão identidade com genes eucarióticos (p. ex., humanos), levou à conclusão de que esses genes causadores de tumor originavam-se do próprio genoma (p.ex., humano). Em sua forma normal ou não mutada, eles foram chamados de proto-oncogenes (MARTINS, 2009a, p. 513).

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de induzida ou excitada por incontáveis e diversíssimos mecanismos ou agentes externos, a doença depende invariavelmente da permissão e/ou adulteração dos dispositivos orgânicos para se manifestar. *Ele [sintoma] é a doença em estado manifesto, como a linguagem de ação é a impressão, na vivacidade que a prolonga, a mantém e a transforma em uma forma exterior que tem a mesma realidade que sua verdade interior (FOUCAULT, 1963, p. 104).*

Assim, o exercício do prognóstico parece constranger o clínico a encontrar-se com o paciente para além da doença. Embora tão útil, ensejando a abordagem coletiva – à semelhança de produção industrial em série – a medicina alça o patamar da individualidade na prognose, como portal que a conduz a nova dimensão e resgata a sua própria humanização perdida e acalentada.

A enorme complexidade que permeia o prognóstico chama atenção para o seu crescimento desordenado e destituído de senso crítico. Além disso, determinadas suposições exaltam os sinais gênicos ou moleculares à feição de âncoras indubitáveis do prognóstico, tornando-se reducionistas, ao reiterar a concepção e a prática clínica centrada exclusivamente na enfermidade.

As conclusões deste trabalho restringem-se a pequena porção de doenças e situações, a partir das quais se realizam algumas deduções e/ou perguntas referentes ao prognóstico. Representa, enfim, uma tentativa de compreender os vários itens que influenciam a prognose, com um pouco de racionalidade.

3. REFLEXÕES SOBRE OS SINAIS EM *O NASCIMENTO DA CLÍNICA*

Caro Michel Foucault,

Dediquei vários dias a estudar o teu livro *O Nascimento da Clínica* (FOUCAULT, 1963), fazendo anotações e dialogando contigo, conforme podes atestar pelo exposto abaixo. Mas, resumirei aqui as minhas principais impressões, dividindo-as em dois grupos: 1. Redação; 2. Conteúdo.

Quanto a primeiro item, declaro que a leitura de teu texto é enlevante. Embora focado na análise do *desenvolvimento da observação médica e de seus métodos durante apenas meio século* (pag. 225), a tua escrita mostra-se a tal ponto encantadora que me esqueci diversas vezes tratar-se da expressão do teu olhar. Ah, eis aqui um recurso literário muito interessante: o “Olhar”, que se polariza entre o visível e o invisível, permitindo que o raciocínio não se canse, acompanhando-te o laborioso processo de examinar os documentos médicos e as contendas teóricas ao longo do tempo. Entretanto, a tua descrição transpõe as barreiras tradicionais do relato histórico, científico ou filosófico, adquirindo contornos de pura poesia. Faculta-me exemplificar: *O saber tece onde cresce a larva* (pag. 142). Não faltou sequer a rima... Não me espanta, então, que tua obra tenha alcançado tamanha receptividade no meio acadêmico. Cabe mencionar o artifício de ora generalizar, ora individualizar, a partir de um determinado Olhar. Assim, quando um sujeito vê, o mundo inteiro viu; em contrapartida, quando a medicina toma um certo rumo, é que alguém a conduz sobre os ombros. Constatei, surpreso, que generalizar e generosidade encerram o mesmo prefixo *gene* que, por sua vez, segundo o Houaiss, significa: ‘**nascer, gerar**’, mostrando que generalizar representa, com frequência, uma atitude generosa.

De par com uma portentosa consistência e um método rigoroso de exegese documental, que redundou em conclusões lúcidas e pertinentes, aclarando a evolução do pensamento médico da época, o teu relato nos concede o frescor da leitura agradável e nos deixamos levar com prazer, olvidando a aridez do tema. Enfim, transparece nesse trabalho uma primorosa inteligência, reunindo habilidades distintas, o que resulta num texto impecável.

Quanto ao conteúdo, apesar de reconhecer minhas limitações pessoais para sondá-lo de forma profunda ou abrangente, vejo que a tua contribuição demonstra o percurso da

medicina convencional. Mas, com que brilhantismo! Qualquer pessoa, em contato com a tua investigação, há de admitir que se tornou enriquecida pela noção de como a razão médica estabeleceu o que constitui doença. Fica claro o penoso e demorado trajeto que sustenta o pensamento clínico moderno. A doença representa uma imbricação do quadro anatomopatológico e os seus respectivos e múltiplos sintomas. O valor ímpar da lesão orgânica e o avanço oriundo da violação do cadáver configuram verdadeiras libertações empreendidas pela ciência, em relação ao que se havia estipulado como sacro.

Seguindo-te os passos, percebi que, de fato, a medicina, ao priorizar a peça anatomopatológica, insensível e fria, como elemento fundamental da diagnose, sepultou-se igualmente. A tua descrição aguça em cores fulgurantes o estado real da ciência médica: mumificada em esplêndida campã e, conquanto entronizada nas cátedras universitárias e na admiração popular, encontra-se completamente morta. Ela não foi capaz de catalisar o produto de suas perquirições seculares em algo vivo e dinâmico. Por isso, queixa-se a população de que os seus profissionais perderam a sensibilidade e não sabem como lidar com o sofrimento e, pasma-te, com a morte. É que o ser humano ainda se obstina em amar e a padecer diante do ocaso de seus dias e daqueles a quem devota afeição e vínculo.

Mas, devo dizer-te Foucault, que a medicina se encontra, assim vegetativa, por escolha própria. Vicejam em seus exuberantes jardins e em seu entorno fecundas florações de vida. Atendem pelo nome de psicologia, psicanálise, psicossomática e homeopatia, entre outras. Dessa última, posso falar-te com um pouco mais de propriedade, já que labuto em suas fileiras há mais de três décadas. Nela, a vida prepondera sobre a morte. Tentarei não o aborrecer com a digressão a seguir, porém, começo com palavras tuas:

*Entre signo e sintoma há uma diferença decisiva que só adquire seu valor na base de uma identidade essencial: o signo é o próprio sintoma, mas **em sua verdade de origem**. (...) todos os sintomas poderiam se tornar signos', todas as manifestações patológicas falaria uma linguagem clara e ordenada (pag. 107). (grifo nosso).*

E exemplifico com o resumo da história de FSA, 33 anos de idade, sexo feminino, internada no Hospital do Câncer do Acre, para tratamento de câncer de mama com metástases. Sua infância ficou marcada por um período em que os pais se separaram e a mãe, a paciente e seus irmãos passaram dificuldades, inclusive *muita fome; comiam, às vezes, os que os vizinhos lhes davam*. Contudo, o pior estava a caminho. Sua primeira filha, hoje casada, nasceu com paralisia nos braços mais de quinze anos antes. Ela disse: *quando soube, chorei muito, muito!* Depois na escola, as pessoas ficavam lhe perguntando se ela era

aleijada. *Tive que aprender a viver. Achava que ia enlouquecer.* E, ingenuamente, acrescenta: *Não pude ter mais filhos. Médico falou que as trompas fecharam.* Quem mais a ajudou a superar o trauma foi a própria filha. Quando alguém a questionava a respeito de sua deficiência, a garota informava, tranquila: *eu tenho paralisia, mas eu sobrevivi! – Dizia para todo mundo.*

Mas, como disseste, Foucault, a doença segue regras fixas:

Ele [sintoma] é a doença em estado manifesto, como a linguagem de ação é a impressão, na vivacidade que a prolonga, a mantém e a transforma em uma forma exterior que tem a mesma realidade que sua verdade interior (p. 104).

As trompas fecharam-se. Bloqueou-se o instinto de conservação da espécie, coagulou-se a fonte da vida. E no registro das intervenções cirúrgicas consta que a paciente retirou um cisto ovariano e, depois de seis anos, também o ovário e as trompas. A imaturidade com a qual ela se posiciona diante da atual enfermidade denota que não transformou as dolorosas experiências em bagagem pessoal. Não aprendeu com as lições da Vida. Ela afirma, em cândida mentira, estar prestes a se curar. *Isso é só uma fase. Tenho fé em Deus. ...e que a Dra. Vai me curar. Ela passa sensação de calma, de esperança.* No entanto, também elucida em relação ao câncer, *que quanto mais mexe nele, mais espalha. ... foi para o pulmão, garganta e couro cabeludo.* Então, apesar do socorro chegar-lhe embutido na compreensão da filha-criança, frente à paralisia, FSA lesionou-se a si mesma e, após truncar o fluxo da maternidade, prosseguiu decidida em direção a extermínio de si mesma: ***...uma forma exterior que tem a mesma realidade que sua verdade interior*** (p. 104, grifo nosso). Seu óbito foi constatado quatro dias depois do último contato do pesquisador com a paciente. Portanto, não só a doença, mas também a morte, em certos casos, estampa a vida do indivíduo. Tanto nos elementos principais como nos detalhes.

A medicina, porém, descansa em imponente jazigo, velada diuturnamente por incontáveis serviçais. Como demonstraste noutro magnífico trabalho teu, *Vigiar e Punir*, a sociedade elege determinado padrão como o melhor e converte-o em preceito absoluto – dosando apenas suas gradações para as mais diferentes circunstâncias – o médico foi alçado equivocadamente a modelo profissional. Vestido de branco, em evidente simbolismo com clareza e luz, ele obedece a minuciosos protocolos, movido, ainda agora, pelo fascínio da indução anatomopatológica. Devassa a esfinge invisível da enfermidade – que tão bem descreveste – por meio de complexa tecnologia, mas permanece como *morto cuidando de mortos*. Além disso, a necessidade do fator desencadeante – não identificado ou ausente em muitas patologias – gerou uma plethora de transtornos idiopáticos. *A doença nada mais é do*

que um movimento complexo dos tecidos em reação a uma causa irritante (p. 218). Quantidade enorme de doenças persiste órfã de causalidade, contudo, a trajetória psicoafetiva do indivíduo exprime em letras berrantes a primeira etapa da alteração. Em síntese, os médicos não saem do sepulcro anatomopatológico nem regressam com o conhecimento da doença para a vida, conciliando-os entre si.

Admito que o teu livro contém muitos outros conceitos que merecem reflexão e diálogo, entretanto há de concordar comigo que me acho imerso em desafio acima de meu potencial. Por outro lado, estou convencido que ainda transcorrerá muito tempo até que a medicina ressurgja em plena vitalidade, abrace a sua missão verdadeira e cuide dos vivos, priorizando a prevenção em saúde. Mas se o meu estudo contribuir, mesmo que muito discretamente, como uma débil voz a mais, chamando-a a fim de que abandone o túmulo, onde dorme e deleita-se em formosos sonhos, dar-me-ei por recompensado! Recorrerei a um instrumento conhecido pelo nome de patografia, porém, não quero tornar-me cansativo...

Agradeço-lhe pelo excelente livro e pela luminosa redação,

O Autor.

4. ADÃO E EVA NO PARAÍSO CIENTÍFICO

Admite-se com unanimidade que o conhecimento não é estanque, em si mesmo, em função do volume produtivo que se gera sem cessar, além das inter-relações profícuas que se estabelecem entre os mais diferentes campos do saber. Mas, algumas divisões persistem, como se houvessem barreiras intransponíveis, fragmentando-o em setores isolados e incomunicantes. Não é raro que se estabeleça a demarcação do conhecimento nos distritos empírico, científico, filosófico e religioso (Schwartzman, 1984). No entanto, para além da mera classificação de seu conteúdo, importam as deduções e inferências extraídas das observações efetuadas, conforme propõe Lévi-Strauss:

...será necessário proceder a uma análise dos diferentes aspectos da vida social suficientemente aprofundada para atingir um nível em que seja possível passar de um a outro, isto é, elaborar uma espécie de código universal, capaz de exprimir as propriedades comuns... (LÉVI-STRAUSS, 1991, pag. 74).

O desafio da passagem da análise dos *diferentes aspectos* de um conhecimento para outro, buscando *as propriedades comuns*, mencionadas por Lévi-Strauss acima, forma, aparentemente, uma unidade dialética com o pensamento de Karl Popper, em sua análise restritiva, evidente no antagonismo entre a abordagem crítica ou darwiniana e a indutivista ou lamarquiana:

Tudo isso faz parte da abordagem crítica à ciência, oposta à abordagem indutivista – da abordagem darwiniana ou eliminacionista ou seletcionista, em oposição à abordagem lamarquiana. A abordagem indutivista ou lamarquiana opera com a ideia de instruções a partir de fora, ou do ambiente. Mas a abordagem crítica ou darwiniana apenas permite instruções de dentro – de dentro da própria estrutura (POPPER, 1996, p. 26).

Aparentemente, Popper não vislumbra – ao menos nesse trecho – a possibilidade de conciliação entre as duas correntes. E o autor continua: *De fato, defendo que ‘não há instruções de fora da estrutura,’ ou a recepção passiva de um fluxo de informação que é impressa nos nossos órgãos dos sentidos* (POPPER, 2004, p. 60). Quando se analisa alguma coisa, atento à **identidade** ou **individualidade**, aos quesitos que a caracterizam em **essência**, a influência externa torna-se discreta ou demasiado sutil porque o cerne do “eu” mantém-se praticamente inalterado em todas as circunstâncias; mas ao se focalizar a **transformação** e as **variações** do objeto ou fenômeno e as suas **relações** internas ou com terceiros, percebe-

se mais nitidamente as mudanças que os afetam, sejam simples ou complexas. Refiro-me aqui à *variação* decorrente de mudança nas características estruturais e/ou funcionais de um objeto/fenômeno, e que será diferenciada de *variável*, abaixo.

Desse modo, a fim de incursionar no tema, faz-se um breve mergulho na possível utilização da famosa história de Adão e Eva para compreender a interdependência entre o objeto e suas relações, bem como as implicações disso nos atuais métodos científicos.

Neste texto, utiliza-se a divisão das abordagens³ em dois grupos:

- a) Eva, feminino, indução, qualitativo, ôntico⁴, sistêmico, complexidade, arqueologia do saber.
- b) Adão, masculino, dedução, quantitativo, ontológico⁵, estruturalismo, empirismo, positivismo.

4.1 EVA

**Não sei se vos devo falar das primeiras meditações
que aqui fiz, pois elas são tão metafísicas e tão
pouco comuns que talvez não sejam do agrado de
todos. No entanto, a fim de que se possa julgar se
os fundamentos que tomei são bastante firmes,
acho-me, de certa forma, obrigado a falar delas.**
(DESCARTES, 2003, p. 37).

Admito que Adão e Eva jamais existiram na forma humana. O jardim paradisíaco, onde teriam habitado – reza a lenda – juntamente com a ardilosa serpente, transluz magnífica alegoria. Todavia, Moisés, ao que parece, esqueceu-se de avisar aos seus ouvintes ou leitores que não se tratava de realidade concreta.

³ Esta análise não se propõe a dissecar os métodos científicos e as correntes filosóficas que, às vezes, foram expandidas com excessivo detalhamento e diferenciadas de suas congêneres por seus criadores, no afã de bem caracterizá-los. Olhando-os de mais longe, percebe-se quão próximos, semelhantes e complementares uns aos outros, eles se parecem.

⁴ Ôntico: relativo ou pertencente ao ser, ao seu estudo ou às suas características. No heideggerianismo, diz-se do que se relaciona ao ente, o existente múltiplo e concreto, em oposição ao ontológico, que se refere à essência ou natureza geral de cada particularidade existente (Houaiss, 2009).

⁵ Ontologia: segundo o aristotelismo, parte da filosofia que tem por objeto o estudo das propriedades mais gerais do ser, apartada da infinidade de determinações que, ao qualificá-lo particularmente, ocultam sua natureza plena e integral.

Antes, todavia, de investir na análise do admirável casal, destaco a relação primária entre Adão e a sua costela. *Então o Senhor Deus fez cair um sono pesado sobre Adão, e este adormeceu; e tomou uma das suas costelas, e cerrou a carne em seu lugar; e da costela que o Senhor Deus tomou do homem, formou uma mulher, e trouxe-a a Adão (Gn, 2:22)*. Atente-se para o fato de que tal estrutura óssea, incrustada no varão, deu origem à mulher e, portanto, constitui a ancestral feminina, nele inserida desde a aurora de sua criação. Em outras palavras, Eva é herdeira das aptidões e virtudes que emanam do caráter da costela (**Fig. 1**, abaixo).

Figura 1 – Arco costal: o feminino – primeira expressão de Eva.

Fonte: <http://anatomiaonline.com/torax/>

Tal osso é, a um só tempo, fração do masculino e nascente do feminino. Quais características ela alberga em si mesma, capazes de fazê-la desprender-se da fonte e originar a irretocável companheira do macho?

Olhando bem para a figura do arco costal, depara-se com ossos delgados e bastante curvos. Talvez nenhuma estrutura orgânica seja tão pródiga em arqueios, leveza, em movimento suave e constante devido à respiração. Embora a composição óssea, portanto, muito mais rígida que os plásticos órgãos internos, as costelas dançam sob a pressão dos infláveis pulmões, deslocando-se de maneira quase ininterrupta. Elas são ossos alongados, em forma de sermiarcos, que se articulam com as vértebras – quase todas – e o esterno. A

prevalência de tais atributos caracterizará a feminilidade, não apenas no nível físico ou psicológico, mas também no científico, valorizando mais as relações do que a estrutura, mais a qualidade do que a quantidade. **A marca típica do feminino é priorizar as conexões, começando de sua contraparte com a qual compõe uma parelha ou dupla, mas também de seus pares ou dos integrantes do conjunto com os quais forma uma totalidade.** Tal distintivo acompanha o objeto ou fenômeno, quando prepondera a feição feminina: ele não salienta a individualização, a autonomia e a estrutura – como o masculino –, ao contrário, denota primazia pelas associações espontâneas com algum outro ou com uma equipe.

[Note-se que os princípios relativos a feminilidade e masculinidade, neste texto, não têm necessariamente vínculo com mulher e homem].

Prosseguindo nessa vertente, veja-se que as costelas se enturmam em vinte e quatro, e o número sugere duas interpretações afins: a primeira – elas se distribuem em dois lotes de doze; ora, o um (1) seguido pelo dois (2) abre a contagem para o três (3), o quatro (4) e, assim sucessivamente, até o infinito; a segunda – os vinte e quatro elementos da grade costal dividem-se em três grupos iguais de oito (8), significando, em tese, o infinito $[\infty]$ triplo, o que gera a redundância do infinito completo, já que o três tem o sentido de começo-meio-fim. O arcabouço costal diz, por si só, que o feminino – desde a sua instauração primordial – não privilegia a individualidade e, sim, tende inexoravelmente à formação de conjuntos.

Desse modo, convém perscrutar cuidadosamente a procedência de Eva. Por que ela não descende de uma vértebra ou ossículo do pé ou mão? Não integram eles os seus respectivos grupos e também demonstram discretas variações individuais de cada elemento em relação ao seu conjunto? Talvez porque falte, nesses agrupamentos, tendência às múltiplas associações que, provavelmente, decorre de suas propriedades referentes à leveza, curvatura e potencial articulante. Nesse último aspecto, vale ressaltar que as costelas exercitam relação a dois, quando um semiarco se acopla com o seu espelho ou contralateral; formam os diferentes grupos, a exemplo do direitista e esquerdista, do anterior e posterior, das verdadeiras e falsas (com o subgrupo flutuantes) e, enfim, compõem o grande conjunto que representa o Todo feminino: o arco costal. A eleição da costela como a parte feminina em Adão traduz notável sabedoria.

Por outro lado, as costelas não são totalmente iguais umas às outras. O resquício de **individualidade/identidade**, distintivo do masculino, persiste na essência da costela, e será abordado no próximo tópico. A feminilidade não se basta a si mesma, tampouco anula por completo as marcas que *personificam* os seus integrantes; daí porque – mesmo vivenciando todas as uniões possíveis – cada semiarco ósseo ainda diz: eu continuo costela, pois trago

em mim as marcas de minha *identidade*. Todavia, alguns objetos ou pessoas ou métodos revelam notória prevalência de um polo sobre o oposto, como se verá abaixo.

Cada unidade do arco costal exibe dimensão diferente das demais, além de localização exclusiva, sendo denominadas de verdadeiras, falsas e flutuantes. Pode-se conjecturar que Adão possui um harém em seu próprio íntimo. A primeira costela é pequena e situa-se mais próxima do cérebro, em comparação com o restante; originaria talvez uma Eva mais racional. A costela verdadeira projetaria uma fêmea típica, se é que posso afirmar tal coisa, porque há que se distinguir os dois hemisférios: aquela assentada do lado esquerdo derivaria uma companheira afetuosa, decorrente de sua proximidade com o coração, ou comunista devido ao seu esquerdismo; a do lado direito, uma aérea ou imaginativa, pela influência da atmosfera pulmonar ou, ainda, capitalista face ao seu direitismo. Descendo um pouco mais, chegamos às denominadas falsas costelas. Advinda de uma espécie tal, brotaria uma companheira com certo pendor para as artes cênicas ou, quem sabe, para o exercício da *vida pública*, na qual é necessário vestir-se da personagem do cargo, função ou glamour exigidos. Por fim, as flutuantes, cuja existência evidenciaria inconstância e volubilidade, dando azo a uma parceira versátil, e com bastante mobilidade, já que tem poucos vínculos estáveis. Observando o leque de opções, cabe supor que uma *individualidade* tenha potencial para desenvolver relacionamento com diversas representações femininas, simultaneamente, refletidas em seus vinte e quatro semiarcos torácicos.

Há que se reconhecer, ainda, que o masculino e o feminino coexistem em cada pessoa, objetivo ou fenômeno, independentemente do sexo genital. Tanto o homem como a mulher são indivíduos bipolares em sua sexualidade existencial. O Evangelho, enunciado séculos depois da parábola de Adão e Eva, preceitua de modo categórico tal “hermafroditismo” universal: *aquele que os fez no princípio, macho e fêmea os fez (Mt, 19:4)* (grifo nosso), do que se depreende que o ser **não** é masculino **ou** feminino, porém reúne as duas aptidões em si mesmo, com intensidades semelhantes ou não. A rigor tudo que existe constitui um ser, em si mesmo, graças às características que conformam a sua **individualidade**; em contrapartida, nada impõe a própria essência, de forma absoluta, porque sempre dependerá de circunstâncias para se revelar em distintos formatos, assumindo transitória e/ou simultaneamente as expressões em que lhe é possível variar-se. ...a *diferenciação de Aristóteles entre mudança qualitativa e quantitativa (...) tem o efeito de distinguir aquilo que persiste e dá a uma coisa sua identidade como tal frente àquelas qualidades que podem vir a pertencer – e mais tarde não pertencer – a essa coisa* (SALLIS, 2004, p. 53).

Destarte, já havia uma relação entre o masculino e o feminino no cerne de Adão. As variantes femininas, esboçadas nas múltiplas costelas, já se desenvolviam no mundo subjetivo do varão. Tal conjunção das vertentes da sexualidade também foi observada na tradição africana:

...o prepúcio é considerado um símbolo de feminilidade, na medida em que recebe o pênis e o envolve em uma espécie de obscuridade, pois tudo o que é feminino, materno e germinativo se realiza e se desenvolve no segredo da escuridão de lugares fechados, seja dentro da mulher ou no seio da Terra-Mãe. Uma vez despido de sua marca feminina original, que reencontrará mais tarde em sua companheira, espera-se do menino que se torne o suporte de uma 'força' exclusivamente masculina. (Bâ, 2013, p. 197).

4.2 ADÃO

Leia-se a definição de **identidade**, a seguir, observando como ela se mescla com **individualidade**: *conjunto de características que distinguem uma pessoa ou uma coisa e por meio das quais é possível individualizá-la* (HOUAISS, 2009). A perspectiva referente à *identidade/individualidade*, tudo indica, decorre do processo masculino, enquanto a das **variações/relações**, do feminino. É necessário frisar que o ente se constitui masculino e feminino, e ambas as propriedades se complementam, podendo haver ou não predominância de um deles, sem exclusão mútua. Nada é apenas macho ou somente fêmea. *Não é bom que o homem esteja só* (Gn, 2:18). A masculinidade, igualmente, não se basta a si mesma. As virtudes que particularizam a essência de determinado objeto ou fenômeno não exprimem todas as suas potencialidades e carecem das demais para revelá-lo na plenitude de seus predicados.

E formou o Senhor Deus o homem do pó da terra, e soprou em suas narinas o fôlego da vida; e o homem foi feito alma vivente (Gn, 2:7). Entendo que produzir *alma vivente* a partir do pó da terra constitui um fato que só é possível graças à metade reversa, a origem da matéria em função da queda do espírito (UBALDI, 1997), cuja discussão nos levaria ao que se considera hoje terreno teológico – distanciando-nos do objeto de nosso estudo. Quem sabe, descobrir-se-á no futuro que a matéria contém não só energia, bem como a essência espiritual?! Assim, o que atualmente é teologia ou metafísica se tornará ciência. Sigo, contudo, em direção ao que nos interessa agora: caracterizar Adão. Erigiu-se **alma**, que só poderia ser, em redundância, *vivente*, já que a definição do termo nos socorre com as

seguintes acepções: princípio, imanência, substância autônoma, existência individual, ídole, caráter, parte essencial ou animadora.

A união de todos os seus respectivos aspectos conduz à epítome de que o objeto ou fenômeno, simplesmente, é. O masculino corresponde à essência ou princípio que individualiza tudo o que existe.

Note-se agora a diferença entre as duas polaridades no tocante à reprodução. Adão prontifica-se, em seu estado habitual, para a relação com as suas costelas e, posteriormente, com Eva. Não lhe sucede nenhuma transformação óbvia. Mantém-se inalterado no seu original, resguardando a caracterização primitiva. Ele é o que é. A fêmea, ao contrário, perfaz extraordinária transfiguração. De simples fração óssea, a costela avulta-se num organismo humano, mais complexo, enriquecido por componentes e funções novas. Entretanto, como se viu, a costela já detinha, em potencial, as aptidões que lhe permitiriam gerar um conjunto muito mais elaborado, composto por diversos sistemas. Depreende-se dessa etapa, a tendência do masculino a se multiplicar graças a um mecanismo que se pode intitular *mais do mesmo*. Isso pode ser literal e intitula-se de reprodução assexuada (ou apoximia). A biologia registra o seguinte:

A característica mais marcante na reprodução assexuada é a formação de indivíduos geneticamente idênticos ou muito semelhantes à planta mãe, denominados clones, resultado da ausência de fusão entre gametas femininos e masculinos. Populações com alta frequência de clones são menos hábeis a responder adaptativamente a mudanças ambientais via seleção natural (CAETANO E CORTEZ, 2014, p. 95).

Acrescente-se que a reprodução assexuada tem cinco processos mais conhecidos: divisão binária, esporulação, brotamento (ou gemiparidade), fragmentação e partenogênese, com nomenclatura diversa (BASTOS, 2008). Essa modalidade reprodutiva condiz com o modelo masculino, pois o descendente é o progenitor praticamente inalterado.

É possível que um exemplo singular de prevalência do modelo masculino advenha dos fractais, em geometria (**Fig. 2**, abaixo), por reunirem conceitos de autossemelhança e iteração, promovendo a produção de réplicas exatas.

Lembrando que *a autossemelhança exata só existe em figuras geradas por processos matemáticos em que o conjunto total é formado por pequenas réplicas perfeitas delas mesmas, ou seja, é formado através de um processo iterativo* (NUNES, 2006, p. 29). A reprodução por intermédio de iteração, *processo de resolução de uma equação mediante operações em que sucessivamente o objeto de cada uma é o resultado da que a precede* (HOUAISS, 2009), parece concretizar o sonho do quantitativo: objetos e/ou fenômenos

absolutamente iguais, em que a única preocupação seria enumerá-los aqui e acolá, alheios a qualquer variação, já que inconcebível.

Figura 2 – Estrutura fractal – o masculino geométrico.

Fonte: http://lounge.obviousmag.org/por_tras_do_espelho/assets_c/2012/07/brocolifractal-thumb-600x511-18148.jpg

A semente de Adão destina-se a ser sempre quase a mesma, com diferenciação desprezível. Em compensação, no sistema reprodutivo sexuado, o feminino acolherá o germe varonil em seu ventre e lhe oferecerá o meio necessário à sua própria evolução. Portanto, o masculino se reproduz por intermédio da semente ou da síntese de si próprio, ao passo que o feminino acolhe o genoma ou equivalente que lhe é transferido, soma a ele também o seu e, sobretudo, dá-lhe os recursos para crescer e aprimorar-se.

Enfim, o masculino produz *mais de si mesmo* e o feminino, *dá de si mesmo* para que o outro também se transforme. O primeiro garante a preservação do eu, e o último a diversificação dele. Há que se conjecturar que o acasalamento de Adão com Eva originará descendentes desiguais, dependendo do tipo de costela da qual a fêmea proveio: se de uma costela verdadeira, filho autêntico; de falsa, diferente ou singular; de flutuante, estranho ou anômalo.

Há que se ressaltar o fato da partenogênese na colmeia ativar uma junção desigual do processo masculino e feminino na sua multiplicação: somente com o óvulo da rainha, sem a participação do gameta masculino, dá-se origem exclusivamente ao zangão. No enxame, os traços existenciais do polo feminino aparecem, principalmente, na forte união coletiva e no comando indiscutível da rainha e, coerentemente, no fato de que o macho (zangão) será

exterminado pela rainha depois da cópula. Diga-se que o elemento masculino entre as abelhas é quase simbólico...

Contudo, o espermatozoide e o óvulo são criaturas que abrigam distintivos de ambos os sexos, tema que será pormenorizado adiante. Cabe salientar que mesmo havendo prevalência acentuada de um polo sexual sobre o outro, parece não ser possível exterminar o oposto, pois *a assexualidade pode reduzir o tamanho efetivo de uma população, permitindo a fixação de alelos deletérios que podem contribuir para a extinção de uma determinada espécie* (CAETANO e CORTEZ, 2014, p. 95).

E disse Adão: Esta é agora osso dos meus ossos, e carne da minha carne; esta será chamada mulher, porquanto do homem foi tomada.

Portanto, deixará o homem o seu pai e a sua mãe, e apegar-se-á à sua mulher, e serão ambos uma carne. E ambos estavam nus, o homem e a sua mulher; e não se envergonhavam (Gn, 2:22,25).

O movimento que Adão efetua, visando estabelecer relacionamento, seja com o seu arco costal em sua totalidade ou com cada costela, separadamente, denuncia a presença da fagulha do feminino, alojada nas entranhas do masculino. Não me refiro aqui ao arco costal e seus componentes, pois constituem área de domínio patente do feminino, mas aludo-me à atração profunda pelo outro no íntimo do masculino. Tal enlevo ou estímulo encerra o núcleo versátil de feminilidade incrustado no âmago de Adão. Ele não é, pois, absolutamente invariável, nem só estrutura rígida e permanente. Não se concebe que ele ofereça a alguma costela idêntico tratamento que confere a qualquer outra, pois são diferentes entre si e, no fundo, consistem em individualidades únicas. Essa relação diversificada também condiz com o potencial feminino que habita a essência do polo viril. Por sua vez, quando a costela recobra sua identidade exclusiva, valorizando as características peculiares que a distinguem de todas as demais, ela confirma o germe masculino que dormita em seu próprio recôndito.

4.3 A TRANSIÇÃO

A serpente, protagonista singular do trecho bíblico, merece também um breve comentário. *Ora, a serpente era mais astuta que todas as alimárias do campo que o SENHOR Deus tinha feito. E esta disse à mulher: É assim que Deus disse: Não comereis de toda a árvore do jardim? (Gn, 3:1).*

Estirada longitudinalmente, a serpente transfigura-se num elemento fálico e é, por justa razão, que o pênis tem como sinônimo popular o termo *cobra*. Quando em movimento, ela

adquire o formato típico de fêmea, com diversas curvaturas ao longo de todo o seu corpo. A analogia acentua-se, principalmente, se a mulher oscila os quadris exageradamente ao caminhar, à moda de um pêndulo e, assim, o seu deslocamento desenha uma trajetória semelhante às ondulações da víbora. Destarte, a serpente acumula em si mesma a marca do masculino e do feminino, tornando-se o protótipo de catalisador para a transmutação do primeiro no último e vice-versa.

Na linhagem dos ofídios, cabe analisar as células reprodutoras humanas e suas diversas peculiaridades, começando pelo fato do óvulo ser a maior célula do corpo humano, enquanto o espermatozoide, a menor. Isso se deve ao acúmulo de nutrientes no gameta feminino para o começo do período embrionário, crescendo-se o fato dele não realizar nenhum movimento ativo. O gameta feminino deixa-se conduzir pelas fibras da trompa, depois da fecundação, até o útero. Há evidente passividade do processo feminino em comparação com a mobilidade e desenvoltura que caracterizam o espermatozoide. Em contrapartida, os óvulos são programados com enorme antecedência. *Existem cerca de dois milhões de ovócitos primários nos ovários de uma menina recém-nascida, mas muitos regridem na infância, de modo que na adolescência não mais do que 40.000 permanecem* (MOORE, 2011, p. 21). Vê-se no quesito a capacidade de planejamento que caracteriza o feminino, em oposição à masculinidade, cujas células germinativas vivem certo improviso, geradas, segundo Moore, cerca de dois meses antes da ejaculação ou reabsorção.

O espermatozoide mostra evidente similaridade com a serpente, já que possui longo flagelo em proporção ao reduzido tamanho (**Fig. 3**, abaixo) e desloca-se com rapidez em direção ao óvulo, atraído por quimiotaxia.

Figura 3 – Óvulo e Espermatozoides – migração e fecundação

Fonte: www.infoescola.com

É interessante sublinhar que a serpente se transmigrou para o espermatozoide. Ele percorrerá uma distância incrivelmente grande para o seu tamanho microscópico à custa do movimento ondulatório de sua cauda. E, ainda, alardeie-se a proeza do gameta masculino que, por intermédio do cromossomo X ou Y, determinará o sexo do embrião. Um dado a mais para se refletir o porquê de Deus ter advertido a Adão, e não Eva, acerca da criação.

O mais interessante da análise sobre os gametas humanos, porém, é que abre espaço para novas ilações. Se, como pretendi deixar claro, acima, que a predominância da polaridade sexual não depende do gênero, ou seja, uma mulher pode ser muito masculina, voltada para a individualidade, com tendência a valorizar o ser em si mesmo, e vice-versa, o homem se mostrar muito propenso às transformações e relacionamentos e, assim sucessivamente, incluindo as orientações sexuais minoritárias, talvez o mesmo se aplique às espécies. Animais e, em particular, alguns insetos vivem em grupo ou comunidades de maneira muito mais intensa, a exemplo dos elefantes, abelhas e formigas, do que as criaturas humanas, enclausuradas no reduto da individualidade. Na colmeia, união entre os membros da comunidade impera. Todos trabalham para o bem coletivo em detrimento de privilégios exclusivistas. Em relação aos elefantes, sabe-se que vivem em manadas, cujo número de integrantes, às vezes, chega a casa das centenas. Além disso, eles possuem *muitas formas de comunicação, tais como vocalizações, posturas corporais, toques com a tromba*. *As fêmeas mais velhas desempenham um papel muito importante no grupo: além de serem as “chefes”, elas ajudam a disciplinar os elefantes mais jovens* (STEFANELLI, PINHEIRO JUNIOR e MONTANHA, 2012, p. 3). Entretanto, há indícios de que na espécie humana ocorre prevalência do masculino, ao menos até o presente, tendo em vista a supervalorização da individualidade em detrimento do grupo, do conjunto, da coletividade.

Finalmente, é necessário explorar a figura da maçã, ainda que ela não pertença ao relato bíblico. No entanto, o vulgo introduziu-a no elenco da parábola do Éden, inferindo-a no papel de fruto proibido. Essa associação não deixa de ter um certo sentido. A maçã apresenta uma casca extremamente fina e, em geral, avermelhada, facultando-lhe uma aparência sensual. Mas é o contorno angulado de sua superfície, tanto na parte superior como na base, que lhe assegura a semelhança com a suposta articulação de dois semiarcos (**Fig. 4**, abaixo) e com as ondulações da serpente. Percebe-se que o seu perímetro vertical é composto pelo somatório de duas costelas, faltando-lhes somente as articulações em suas extremidades.

Figura 4 – Maçã e Arco costal – semelhança morfológica.

Fonte: 1) www.dreamstime.com

2) www.auladeanatomia.com/osteologia/generalidades.htm

Retomando a questão da criação masculina, é necessário lembrar que Deus advertiu somente a Adão para que evitasse comer da árvore do conhecimento do bem e do mal, em função do risco de morte em caso de desobediência. O movimento interior, desencadeado pelo interesse, desejo, atração, entusiasmo, fascínio etc. por qualquer objeto externo ou realização íntima, significa que houve mudança no âmago para algum padrão fora do habitual e, a partir daí, nunca mais se pode retornar ao quadro original – mesmo que o relacionamento ou a meta nem se concretize –, pois representa a morte daquele estado primário. *...mas da árvore do conhecimento do bem e do mal, dela não comerás; porque no dia em que dela comeres, certamente morrerás (Gn, 2,17)*. Pode-se dizer que a estrutura, apesar de sua rigidez masculina, transmutou-se, jorrando dele mesmo outro Adão. Cedeu ao impulso, tornou-se, num átimo, figura distinta. Por um instantâneo lapso, o feminino que se encapsulava em sua essência prevaleceu e Adão vivenciou o vir a ser, dando azo a tendências ainda imprevisíveis.

O regresso ao formato prévio ser-lhe-ia impossível porque a experiência sentida ou vivida transforma ou adultera algo em sua essência. Adão teria se tornado, como Deus, capaz de passear pelos jardins privativos de sua alma, de forma criadora, congregando o masculino e o feminino que o compunham. Restar-lhe-ia – aventuro-me a dizer – o longo percurso de transfigurar-se, gerando sucessivos derivados de si mesmo, com a consequente perda parcial de si próprio, para depois descartá-los ou aperfeiçoá-los incansavelmente até o supremo acerto: a recriação plena de si mesmo. Assim, a estrutura, por longo tempo inalterada, que fora tida como imutável, se revela dinâmica, se transforma e ressurgue noutra feita. Reassumirá o seu dom predominantemente masculino, repleto de rigidez, individualidade, isolamento. Mas as consequências do movimento podem ser muito frutíferas.

Eis porque Adão e Eva estão nus e não se importam. Quando o masculino e o feminino se atraem, mutuamente, no cubículo de si mesmo, eles se expõem um ao outro, sem outra possibilidade que não a transparência incondicional. Cá dentro, no próprio seio, não se constroem divisas, não se erguem barreiras, não se encenam personagens. E mesmo quando se analisa a união de dois entes distintos, predominando ora o masculino, ora o feminino e ora equivalentes, de que adiantaria fingir ou dissimular, escondendo características ou tendências que depois trarão embaraços ao relacionamento e prejuízos àquilo que propõe a gerar em parceria? A nudez representa a sinceridade que faz com que o masculino e o feminino de um sujeito, objeto ou fenômeno olhem-se um para o outro e se afinem ou se repilam sem falsidades nem simulacros. Vieira Pinto⁶ discorrendo acerca de tecnologia, reúne conceitos que parecem se aplicar também à questão da mescla dos princípios sexuais aqui analisada: *quantitativamente esse novo pode alcançar dimensões tão assombrosas que efetivamente o revistam dos aspectos qualitativamente originais* (VIEIRA PINTO, *apud* BANDEIRA, 2011, p. 111).

E, talvez, por terem descoberto que haviam sido gerados igualmente com a capacidade de procriar, graças à intrínseca bissexualidade de cada, deram sequência ao exercício. Tal prática impulsionou-os a perseverar até ao acabamento daquela realização. Eva e Adão ornaram-se com as suas novas roupagens ou apresentações. Ambos agora veem-se como estruturas que podem reproduzir algo, seja bastante similar ao ente que cada um se tornou – dando vazão ao potencial masculino –, seja com notórias modificações e novas relações – sob a condução do feminino.

4.4 MÉTODO CIENTÍFICO

Daqui posso avançar na aplicação desse conhecimento, descrito na gênese mosaica, associando Adão aos métodos quantitativo e dedutivo, ao passo que Eva correlaciona-se ao qualitativo e indutivo.

Analisar as propriedades existenciais de um objeto ou fenômeno, especialmente quando se trata da **identidade, individualidade ou essência**, parece se enquadrar nos recursos do método quantitativo. Para atingir essa finalidade, extirpam-se as possíveis variações e trabalha-se com uma entidade fixa. Ignora-se, pois, que Adão possua costelas. A

⁶ Vieira Pinto, A. **Ciência e Existência**. Petrópolis, Vozes. 1969.

regra básica estipula que se defina o que é **caso**, pautado na essência do evento a se estudar. Excluem-se as possíveis exceções; controlam-se, mediante recortes, os vínculos porventura entrevistados do ente pesquisado com o meio; minimiza-se a importância das variações resultantes de qualquer transformação, tomando apenas o que elas têm obrigatoriamente em comum, sem contemplar os subtipos; os vieses são combatidos com especial atenção. Assim, estipulados os critérios do *caso* de certo tipo de câncer, por exemplo, a gravidade que eles assumem em alguns pacientes, para mais ou para menos, geralmente não é motivo de interesse. Exige-se que os pacientes selecionados preencham os requisitos estabelecidos e, desse modo, a variação de intensidade, deformação, precocidade etc., tudo o que tem matiz qualitativo é desconsiderado. O eixo limita-se a ser ou não ser *caso*: é ou não é, em perfeita sintonia com o talento estruturalista de Adão. Se o cientista convencional estende a investigação para algum detalhe, tal como a ocorrência de metástase, persiste o enfoque centrado na nova essência. Portanto, definir-se-á o que é considerado metástase e quais os critérios mínimos para enquadramento do acessório erguido a *caso*. Excepcionalmente, na análise, distribuem-se os eventos formando grupos, porém, o raciocínio dedica-se à exploração das quantidades, relegando as variações e suas nuances à penumbra.

Nessa vertente, pode-se concordar em parte com a afirmativa de que *alguns dos melhores e mais famosos estudos de caso têm sido os estudos de caso explanatórios* (YIN, 2015, p. 7), produzindo informações abrangentes. É possível que nessa técnica, mais do que em outras, sobressaia-se a capacidade do pesquisador. Sua perspicácia detecta escaninhos que fogem ao excelente microscópio de portentosas inquirições. *Não é de admirar que nos primeiros estágios do desenvolvimento de qualquer ciência, homens diferentes confrontados com a mesma gama de fenômenos – mas em geral não com os mesmos fenômenos particulares — os descrevam e interpretem de maneiras diversas* (KUHN, 1975, p. 37). Tais assertivas trazem à mente o antigo debate em ciência envolvendo vários cientistas que, de olhos vendados, apalpam diferentes partes do elefante e presumem a necessidade de se reunir todas as informações para uma conclusão segura. O holismo talvez contradiga esse postulado, e o veremos no capítulo Resposta ao Tempo e à Ordem sobre a Homeopatia.

Qualquer que seja a forma de estudo de um objeto e/ou fenômeno, recorrer-se-á a *variáveis* como elementos para a execução. Observe-se que a conceituação de *variável* pende para o quantitativo ou qualitativo, conforme o seu próprio conteúdo:

1. *Variável é qualquer quantidade ou característica que pode possuir diferentes valores numéricos.*
2. *Variável é alguma coisa que pode ser classificada em duas ou mais categorias* (MARCONI E LAKATOS, 2004, p. 174).

No primeiro item acima, a *variável* fica confortavelmente estabelecida no quantitativo, já que infinidade de características podem *possuir valores numéricos*. Entretanto, o segundo item nos remete a distintas categorias, e aqui se esboça a transição entre o quantitativo e o qualitativo. No início, uma *variável* pode ter duas ou mais categorias e permanecer muito próxima ou exatamente idêntica à sua *essência* original. Nesse caso, a diferenciação ocorrerá basicamente ou exclusivamente no quesito quantidade. Mas pode acontecer também de que as dessemelhanças sejam tão acentuadas que as categorias levem ao aparecimento de outro *tipo*. Então, decisivamente, compará-las somente pelo ângulo quantitativo revela-se insuficiente e, talvez seja necessidade imperiosa cotejá-las como sujeitos distintos, através do enfoque qualitativo.

Nesse ponto, cabe recordar o conceito da dialética no qual a intensificação de uma mudança quantitativa tende a se converter em qualitativa, com o célebre exemplo da ebulição da água, pois durante o aquecimento até noventa e nove graus não há mudança evidente de estrutura (MARCONI E LAKATOS, 2004, p. 86). Caso alguém se proponha a investigar a relação entre água e o vapor proveniente dela, há que escolher se privilegiará os pontos em comum, dando primazia ao confronto de variáveis estruturais, portanto, ao método quantitativo; ou preferirá os detalhes divergentes e, assim, as diferenças numéricas são de pouco valor ou desprezíveis, carecendo forçosamente de vê-los como tipos distintos, em que o *como* suplante o *quanto*. Retomem-se as costelas: um estudo sobre o grau de arqueamento pode ser medido quantitativamente e incluir todas as integrantes do arco costal; uma investigação do ângulo de inserção de cada uma junto ao esterno também pode ser calculado, porém exigirá exclusão das falsas e das flutuantes, denunciando a limitação do quantitativo e, por fim, um exame acerca de eventuais benefícios e desvantagens das costelas falsas se unirem às verdadeiras ao invés de se manterem flutuantes, em princípio, só poderá ser efetuado por abordagem qualitativa, ainda que numa fase posterior algum detalhe possa ser mensurado.

Referindo-se aos modelos lógicos, pode-se resgatar a questão das *variáveis*, agora num degrau acima, analisando uma relação clássica entre elas. No tocante aos modelos lógicos, Yin afirma que *os eventos são estagiados em padrões repetidos de causa-efeito-efeito, pelos quais uma variável dependente (evento), em estágio anterior, torna-se variável independente (evento causal) para o estágio seguinte* (YIN, 2015). Recorde-se os conceitos relacionados à dependência em pesquisa: *Variável independente é uma variável que supõe influenciar outra variável chamada dependente* (KERLINGER e ROTUNDO, 1980, p. 4). Independente é o objeto ou fenômeno que age com autonomia e não se submete

a injunções. Significa aquilo que é por si mesmo. Pode-se adicionar: e que causa efeitos. Ora, em muitas situações pelo efeito se conhece a causa. O quantitativo busca saber exatamente isso: o quanto determinada causa é capaz de promover certo efeito e em quais condições. Note-se aqui a ocorrência da progenitura fixa, repetitiva, o *mais do mesmo*. Por sua vez, o dependente é o que varia de acordo com as suas relações; sujeita-se às suas próprias conexões. Não é uma questão de mero efeito, mas de uma variação autêntica do objeto em função de suas distintas espécies e dos seus próprios vínculos.

Nesse pormenor, também é possível aplicar o raciocínio referente à sexualidade: a independência prevalece no masculino, pois nele o que importa é o que se é, à revelia de qualquer outro fator ou influência. Consequentemente, a dependência predomina no feminino, em que cada elemento administra o seu papel de acordo com o conjunto ao qual se integra. Assim, o quantitativo recorre de modo mais constante a esse jogo da (in)dependência, ao passo que o qualitativo tende a ignorá-lo porque a sua aposta não se limita ao quanto um fator influencia o outro, e sim à conexão ou comunhão entre os seus próprios tipos e suas relações com os demais.

Ainda cabe elucubrar uma trilogia entre *variável*, semente e representação, considerando *trilogia* na acepção de *conjunto de três entidades, seres, objetos etc. de igual natureza; trindade, tríade, terno* (HOUAISS, 2009). Como visto acima, *variável* pode assumir diversos valores dentro de determinado leque; quando essa variável se apresenta muito restrita à caracterização essencial, tende à forma de acentuada síntese e torna-se semente; ao se manifestar, porém, em formato diverso raiou o limiar da representatividade, deixando de ser causa ou germe para ser embaixador daquilo que interpreta. Ressalte-se que representar é sinônimo de reproduzir, demonstrando que semente e representação constituem as duas grandes vertentes nas quais a *variável* pode se converter nas pesquisas. Optando pela vereda masculina, a variável adquire o traje de semente, com seu modelo rígido de *caso*; pela rota feminina, assume o manto de representação, e a versatilidade descobre as diferentes expressões do mesmo objeto.

Em resumo, ao se estudar o princípio, a base, a raiz, a constituição, estrutura ou o fundamento do objeto ou fenômeno, e suas respectivas oscilações numéricas relativas a mudanças do meio, bem controladas, utiliza-se o método quantitativo. Entrementes, o **caso**, no método qualitativo torna-se variado, tipificado, múltiplo, evolutivo, histórico além de contemplar as diferentes relações que o objeto ou fenômeno estabelece com os seus pares, com o ambiente e com a sua própria forma pregressa. Qualquer sujeito, cientista ou não, em contato com alguma coisa, estabelece com ela uma polaridade, em que o objeto/fenômeno

atua como significante e a pessoa, como quem lhe descobre o significado, seja por intermédio de impressão natural, seja decorrente de levantamento científico. Lembre-se de que os eventos concretos, psicológicos ou sociais formam o contexto, no qual e sobre o qual *o pesquisador constrói um modelo das condições ou relações supostas (...) e obtém-se hipóteses que são operacionalizadas e testadas em condições empíricas* (FLICK, 2009, p. 96), e correspondem à manifestação daquele ente aos olhos de determinado indivíduo ou grupo.

Na verdade, cada examinador não deixa de também externar a sua própria visão do objeto/fenômeno, com a diferença que ele procura filtrar os vieses. Rejeitar a existência dos fatos, pura e simplesmente (FLICK, 2009) equivale a negar os seus atributos básicos do elemento. Ainda que eles se apresentem em multiformes facetas, parece que a essência jamais deixa de subsistir. Por outro lado, talvez nunca seja possível decretar-se a verdade absoluta a respeito de qualquer coisa – não porque a indução seja falha ou sua comprovação inalcançável, como argumenta POPPER (2001, p. 32) – mas porque a chance de surgir um novo aspecto ou variante do objeto/fenômeno em função de relações até então desconhecidas ou latentes permanece como espada de Dâmocles, vigiando a presunção do ajuizador.

Daqui se pode propor que não haja ordenação obrigatória para se perscrutar algum objetivo ou fenômeno, e a investigação sobre a essência/individualidade pode ser prévia, concomitante ou posterior ao estudo das transformações e relações. Haveria que se respeitar, preliminarmente, a aptidão do pesquisador para sondar mais o cerne do que os vínculos ou vice-versa e, secundariamente, a finalidade principal do exame delineado.

Permite-se nesse aspecto discordar da abalizada opinião de Flick, quando afirma que *o objeto em estudo é o fator determinante para a escolha de um método, e não o contrário* (FLICK, 2009, p. 47), acreditando que, em certas ocasiões, o investigador deve levar em conta, antes de tudo, o seu próprio talento, centrando-se em si mesmo e, em seguida, haverá de encontrar o método com o qual se ajuste em elevada consonância. Focaliza-se, abaixo, o quantitativo e, posteriormente, o qualitativo.

4.5 QUANTITATIVO E QUALITATIVO

A caracterização da ocorrência e sua respectiva quantificação – mediante o controle rigoroso dos fatores intervenientes – consagrou a ciência e, simultaneamente, a fez enveredar-se pelo sombrio caminho da autoridade mítica. Acolhe-se tão somente as

implicações ou consequências imediatas do objeto estudado. O leigo desconhece a mutilação que se impôs ao fenômeno naqueles resultados expostos. Não se reconhecem os *casos* limítrofes, discrepantes e anômalos ou eles são desvalorizados. Os números infundem silêncio ante qualquer objeção ou crítica.

Todo o ser ou fenômeno revela sua bissexualidade, a exemplo de Adão e seu arco costal. Nascido, seja por obra do homem ou das mãos de Deus ou, ainda, por mero acaso – dependendo da crença do pesquisador – admite-se que algo só consolida a própria existência ao se exibir como **individualidade**, por intermédio de sua **identidade**. Em sua primariedade, abstraído de variações e de relacionamentos, despojado de particularidades de algum conjunto de origem, prevalece o fulcro masculino; quando ele se movimenta intimamente, atraído por qualquer variação e/ou transformação que lhe seja exequível – dentro de suas potencialidades –, migrou-se subjetivamente para o seu próprio polo feminino. Ao se lançar na consecução de suas pretensões, seja elaborando matéria-prima interna, seja unindo-se a algum constituinte do meio, ocorreu a integração do masculino ao feminino. E vice-versa. O arco costal com sua larga predominância do conjunto – portanto, feminino – cede um de seus componentes. Abandonando o clima ameno de suas habituais conexões, a costela germina uma mulher, portadora também de todas as marcas que alicerçam o masculino, sobressaindo-se a definição clara de sua individualidade e identidade, sem perda das competências femininas.

Muitos conceitos, métodos ou teorias começam na forma de embrião. Seu proponente funciona como pai zeloso, robustecendo conceitos a fim de prevenir que sua semente não sofra variantes, desinteligências ou deformações. Todavia, ele não acumula tamanho poder. Seus seguidores darão outros significados às suas ideias, distintas derivações e promoverão acasalamento de suas teses com conhecimentos alheios à matriz. Freud, tudo indica, aborreceu-se com alguns discípulos. Vigilante, pugnou pela suposta pureza da doutrina psicanalítica, em vão. Ninguém é dono de suas próprias criações, pois segundo o poeta Khalil Gibran: *Vossos filhos não são vossos filhos. Vêm através de vós, mas não de vós e embora vivam convosco não vos pertencem. [...] Vós sois os arcos dos quais vossos filhos são arremessados como flechas vivas* (GIBRAN, 2002, p. 11).

Não se pode negar que o método quantitativo capitalizou enorme e justo prestígio para a ciência. Previsões e probabilidades emergem de pesquisas bem conduzidas. Entretanto, alguns cientistas cansaram-se da negação sistemática das variações do objeto ou fenômeno estudado, fartaram-se da castração reiterada e intempestiva das transformações e dispuseram-se a investigar os casos, impondo valor secundário à contagem e à estatística dos

aspectos essenciais. São adoradores de Eva. Os desvios, os afastamentos dos padrões, as raridades e as surpresas, enfim, obtiveram relevo e inserção. Baniu-se a hegemonia da quantidade, pautada rigorosamente nos rudimentos ontológicos, e inaugurou-se a era em que todas as manifestações de um fenômeno, prevalentes ou não, comuns ou discrepantes merecem atenção e exame. Não o exame numérico ou estatístico dos caracteres existenciais ou estruturalistas, mas uma perquirição minuciosa da multiplicidade das manifestações de um mesmo objeto, bem como a abundância de suas relações, agrupadas ou não em conjunto único, o que personifica o método qualitativo. Michel Foucault, e sua *arqueologia do saber*, ajusta-se a essa vertente, e ele próprio afirma: *Eu não vejo quem possa ser mais antiestruturalista do que eu* (FOUCAULT, 1998, pag. 6). Observe-se que o método desenvolvido pelo filósofo e historiador francês se baseia, em resumidíssimas palavras, na comparação entre as variações de um fenômeno em épocas diferentes. É óbvio que ele esbanja cultura e perspicácia ao confrontar as representações com as quais se depara, além de redigir com beleza singular.

A convivência, porém, entre os dois métodos não se estabeleceu com harmonia. O quantitativo, atento à sua suposta primogenitura – herdeiro direto de Adão – travestiu-se de Caim e pelejou para aniquilar o sensível Abel. *E falou Caim com o seu irmão Abel; e sucedeu que, estando eles no campo, se levantou Caim contra o seu irmão Abel, e o matou (Gn, 4:8)*. Focados com excessiva ênfase em torno da *identidade*, imersos na pesquisa convencional, que se reduz ao núcleo do objeto e suas consequências diretas, descurando-se, portanto, das transformações progressivas que, não raro, implicam em variações qualitativas dos elementos estudados, muitos cientistas não evoluem para a perquirição do fenômeno em sua total amplitude. Desse modo, *a forma absorve o conteúdo, de modo que a contradição existente entre conteúdo em mudança e forma imóvel fica substituída pela ideia universal, abstrata, invariável, resultado da ocultação do conteúdo pela forma* (MEDITSCH, 2006, *apud* VIEIRA PINTO, p. 7).

A apuração, ainda que minuciosa e rigidamente controlada, aparentemente nunca esgota o conhecimento a respeito do objeto e/ou fenômeno. Matar Abel revela orgulho inveterado e descabida presunção, e a ignorância transparecerá na forma de *déficit*, quando as afirmativas ressoarem imperfeitas e claudicantes, não respaldando pelo menos as principais, dentre as múltiplas ramificações dos objetos e/ou fenômenos. Baseada em Melanie Klein, e focalizando a função fraterna, vê-se a seguinte proposição: *...a inveja designa um sentimento primário e inconsciente de avidez em relação a um objeto que se quer destruir ou danificar...* (GOLDSMID e FÉRES-CARNEIRO, 2007, p. 301).

Retomando o arco costal, importa observar que qualquer objeto pode ser pesquisado tanto em sua faceta masculina como na feminina. É fundamental ter clareza, antes de tudo, do que se pretende conhecer mais acuradamente. Quando se averigua os dados constitutivos ou de elementos essenciais e seus desdobramentos mais próximos, o modelo mais apropriado, quase sempre, deverá ser o quantitativo. Mas, quando se indaga a respeito da evolução ou das transformações e conseqüentes variações do objeto e seus eventuais tipos, bem como de suas relações e associações com os semelhantes ou diferentes, o instrumento mais adequado, em princípio, é o qualitativo.

Dessa maneira, qualquer coisa ou fenômeno, a exemplo da costela, símbolo do feminino, pode ser perscrutada tanto pelo quantitativo como qualitativo. No primeiro, visa-se conhecer as características essenciais, inerentes a todo o grupo das costelas e, no último, suas variações, englobando distintos detalhes, o que permite o estabelecimento de tipos e de diferenças funcionais, além de participação em conjuntos mais complexos. No quantitativo, surgem informações preciosas, a exemplo de que todas são formadas por tecido ósseo, têm a forma curva, e mostram um tamanho ou espessura média “x”, grau de arqueamento entre “y” e “z” etc. Mas quando se quer verificar determinados aspectos, a exemplo das articulações, começam os problemas. Porque nem todas se articulam com o esterno. Algumas apresentam a desfaçatez de se unir com outras costelas, situadas em posição mais central no arco. Isso anula a tese de que são todas absolutamente iguais entre si, gerando questões de identidade, e implica em definição diversificada do *caso* – dentro de horizontes qualitativos –, capaz de abranger o objeto de forma alargada.

Esse enfoque ampliado promoverá o aparecimento de um objeto mais complexo, o arco costal que, por sua vez, poderá ser sondado igualmente do ponto de vista quantitativo e/ou qualitativo, como todas coisas. Repetindo, o quantitativo investigará aspectos referentes a todos os arcos costais e, para tanto, reduzirá a sua identidade ao máximo divisor comum, entendido como a série de características que todos eles apresentam. Por outro lado, o qualitativo começa o seu inquérito pelas relações com os órgãos mais próximos, a exemplo da coluna vertebral e dos pulmões. Não mais interessa se os arcos são iguais e uniformes, como pretende o quantitativo. Há ainda a influência de um componente do arco sobre os demais e vice-versa como campo de trabalho do qualitativo. Se o quantitativo, por um lado, atento a identidade obrigatória de todos os casos propende para o reducionismo, pelo outro, o qualitativo dilata em excesso e os limites ainda não se encontram bem estabelecidos. Assim, da costela, parte-se para pesquisar o arco costal; em seguida, sua decorrência mais complexa, o novo organismo do qual faz parte. Entretanto, não são apenas os seres humanos

que possuem ossatura torácica e, sim, todos os animais. Finalmente, a ampliação possibilita englobar alguns elementos em vastíssima escala, o que recorda a ilação acerca dos doze pares de sermiarcos e o infinito.

Assim, o estudo das variações possibilita uma notável constatação. O objeto já investigado sob o prisma quantitativo, pode ser destrinchado em suas modalizações pela cartilha do qualitativo e as conclusões se revelarem, aparentemente, contraditórias. Por isso, Deus disse a Adão, num primor dialético, que a geração causaria a sua morte. Como ele ouviu a advertência, aceitou a sua própria morte como Adão e ressurgiu, após criar, como parceiro em relacionamento com Eva. Aquele Adão primordial desaparecera para entrar no reino da lenda. Tamanha sabedoria faltou a Caim, que não se uniu a Abel, seu complementar.

4.6 JUNTANDO QUANTIDADE E QUALIDADE

Em relação à pesquisa, tudo indica que muitos cientistas emaranham-se no cipoal dessa transição, aspirando que um único método seja o bastante, ou afligindo-se porque se deparam com achados em que o objeto, então identidade e causa, surge noutra momento como variação ou condicionado por suas próprias relações. Nesse conflito, aparentemente, Karl Popper também se enlaçou, ao não admitir influência externa, como já dito acima: *De fato, defendo que 'não há instruções de fora da estrutura'* (POPPER, 2004, p. 60), demonstrando sua recusa em aceitar que o ente ou fenômeno sofre a influência e modificações do meio através de suas relações. Mas já foi visto que, em tese, todo ser existente vive e, por essa razão, ocasiona modificações em si mesmo, coerente com o famosíssimo asserto de Lavoisier: *...tudo se transforma*, com aplicações nas mais distintas áreas do conhecimento, inclusive na economia (IAQUINTO, 2011). As ruínas denunciam a relação dos monumentos com ambiente através dos milênios...

O mesmo parece acontecer com Lévi-Strauss: *A estrutura é apresentada como algo total, constituindo-se num sistema preservado ou enriquecido pelo próprio jogo das leis de transformação, que nunca levam resultados externos ao sistema nem empregam elementos que lhe são externos* (ANDRADE, 2007, pag. 99). Note-se que ser, ente, essência, estrutura, núcleo, gene e identidade, entre outros, são signos que expressam prioritariamente o masculino. A crença por parte de diferentes autores de que a masculinidade não é suscetível de receber modificação provinda do ambiente ou do meio externo demonstra o desconhecimento acerca da presença do feminino no próprio masculino e vice-versa. Tudo

indica que nada é absolutamente um ou o outro, mas que todo ser ou fenômeno contém em seu âmago a mescla de ambos os princípios, em proporções similares ou diferentes.

Por sua vez, o feminino, aqui visto como a propriedade do ente ou fenômeno que prioriza os relacionamentos e associações, e que imprimem variações à sua própria essência, identidade etc., constituindo a meta preferencial da abordagem qualitativa. Chegam a ser tão mesclados, o masculino e feminino, na unidade do sujeito ou fenômeno, que a *definição* do termo **essência**, informa o seguinte: *no 'aristotelismo', o conjunto de qualidades, propriedades e atributos universais que caracterizam a natureza própria de um indivíduo concreto...*(HOUAISS, 2009) (grifo nosso). Note-se o uso da palavra *qualidades* na definição acima que, embora universais, servem para caracterizar *a natureza própria* ou **identidade** de um indivíduo ou conjunto de indivíduos. Portanto, mesmo quando se emprega uma lista de *qualidades*, se o objetivo é a definição e/ou estudo em torno de uma determinada *identidade*, o pesquisador encontra-se no terreno do masculino ou quantitativo. Apoiando-me ainda em Houaiss, o aristotelismo a respeito da acepção de **essência**, acrescenta: *em oposição às alterações circunstanciais ou características excepcionais que possam eventualmente acometê-lo*; aqui passou-se às alterações, flutuações, modificações *excepcionais* que o ser, ente, estrutura ou fenômeno manifesta por qualquer motivo ou circunstância. Tal capacidade de se transformar, seja pouco, seja muito, deriva de suas propriedades femininas e consistirá no eixo do qualitativo.

Transportando essas observações para a pesquisa, constata-se que a *amostra* equivale à *semente* da população. Atribuir muito relevo à amostragem patenteia predominância do pensamento masculino ou quantitativo. É necessário que a coleta represente a população para que se lhe possa estender, posteriormente, os achados e respectivas conclusões. Acredita-se, e com razão, que o encontrado na semente seja o resumo do que transcorre no grupo de origem. Toma-se aqui o sêmen de Adão e faz-se o caminho inverso. [Vale lembrar que o feminino realiza procedimento no sentido oposto: apreende uma costela, desenvolve suas potencialidades e produz ou prevê um organismo mais complexo]. De sua semente, deduz-se o organismo procedente, senão em seu todo, pelo menos parcialmente. Entra-se, nesse caso, no campo da genética, a qual se alinha ao pensamento masculino em diversas ocasiões:

No mínimo, 13 loci são analisados, verificando-se o comprimento das sequências das bases do DNA (alelos). A partir disso, são gerados perfis de DNA que são comparados entre si. A relação entre os alelos é que vai mostrar se existe vínculo genético familiar ou não. Depois, são

realizados cálculos estatísticos para estimar o número de vezes em que esse perfil ocorre na população. A possibilidade de que duas pessoas tenham as mesmas sequências dos trechos de DNA é estimada em uma em seis bilhões (DOLINSKY e PEREIRA, 2007, p. 10).

Conclui-se que a investigação numérica requer, compulsoriamente, a redução do fenômeno e/ou estrutura que se examina à sua própria essência e, ao mesmo tempo, a eliminação de qualquer circunstância que promova ou permita a inclusão de casos inusitados ou anômalos. Nasce daí os restritivos recortes.

Ao se descrever o elemento existente no mundo, o observador pode se referir a ele como sujeito e selecionar variáveis que indicam sua individualidade ou identidade, denunciando o seu próprio olhar masculino; mas pode igualmente escolher variáveis que reflitam a capacidade transformadora ou seu nível de integração em algum conjunto, externando sua respectiva visão feminina. Em cada objeto ou fenômeno tem-se o indivíduo, sutil ou notório e, ao mesmo tempo, o organismo, ostensivo ou subjacente, embora a prevalência de um deles pode ocorrer tanto no objeto/fenômeno, como no espectador. A luz é partícula e onda ao mesmo tempo. Como partícula, denota o seu caráter estrutural, obviamente masculino, com tendência à estabilidade; no feitiço onda, apresenta movimento sinuoso, com sequência de curvas – típico do feminino – e predisposição para conjunções. A mera descrição de um objeto denuncia se o investigador o percebe ou o estuda em sua face de individuação autônoma com identidade bem definida ou como elemento que se transforma ou apresenta-se através de tipos (variações) ou, ainda, interage ou mescla-se com outras, constituindo-se, enfim, numa unidade complexa.

Hoje em dia já não se procuram mais respostas às perguntas, mas questionam-se as próprias perguntas. Cada dia que passa fica mais claro ao pesquisador crítico e autônomo que a pergunta a ser feita é outra. O real questionamento a ser feito, em última análise, é sobre quem somos enquanto observadores e o que a realidade pode informar a respeito de nós mesmos⁷.

Os seres e fenômenos permitem abordá-los nesses dois estados existenciais. Apesar de que as deduções e induções realizadas, provenientes de pesquisas unilaterais – quantitativa ou qualitativa – agreguem conhecimento importante ao tema, os objetos mantêm sua natureza intocada, mesmo quando voláteis ou fugazes, a exemplo de algumas partículas do universo quântico. Ao perscrutá-las em seu aspecto estático, do ser em si mesmo, apreende-se a sua identidade e características mais estáveis – expressão do masculino; e em sua

⁷ AZAMBUJA, R. **O Ser e a Coisa**. Porto Alegre, inédito, informação pessoal.

vertente dinâmica, capta-se bastante de seu *vir a ser*, por meio do exame de suas mudanças, céleres ou morosas, e de suas múltiplas relações – princípio do feminino.

Assim, uma estrutura de imensa complexidade orgânica pode ser esmiuçada quanto à sua identidade, o que significa uma abordagem quantitativa; também é possível que ela seja investigada quanto ao relacionamento entre os seus integrantes ou, ainda, às eventuais transformações que lhe sucedam, o que representa um enfoque qualitativo. Quanto ao resultado, caso mostre algo que denota muito a respectiva origem ou *caso*, deduz-se que corresponde à reprodução com predomínio do tipo masculino, porém quando se revela bastante distinta da matriz, a multiplicação deu-se pela via prevalente do feminino. Eis como determinados estudos podem abrigar alguma técnica quantitativa em meio ao predomínio do enfoque qualitativo e vice-versa, sem, contudo, se tornarem quali-quantitativos. Tal designação caberia àqueles cujos procedimentos de ambos os métodos estejam distribuídos em igualdade aproximada de participação.

Desse modo, o feminino não é totalmente passivo nem vive exclusivamente na dependência da iniciativa de escolha por parte do masculino, dispondo também autonomia. Tampouco se pode convir, no extremo oposto, que todos os procedimentos, sejam no âmago da pessoa – na esfera da consciência/afetividade – ou nos seres e fenômenos, em geral, desenrolem-se sob o controle total do próprio indivíduo, exceto quando ele se mostra transitoriamente enrijecido pela servidão inveterada ao seu “núcleo duro”. Algo em nós e nas coisas evolui de modo espontâneo e nos maravilha com a complexa elaboração que aflora, envolvendo sentimentos densos, percepções amplas, criações fecundas.

A convergência das polaridades masculina e feminina no mesmo objeto ou fenômeno, com suas diversas nuances e diferentes graus de predomínio, costuma provocar um desafio na mente que analisa. O estudo do superego, segundo o pensamento de Melanie Klein, parece confirmar a observação:

No sistema kleiniano, o superego tenderá, portanto, a apresentar um duplo caráter – superego “mau” e superego “bom” –, sendo que este está diretamente ligado à culpa reparadora. A relação entre ataque pulsional e culpa mantém, assim, um caráter muito ambíguo, apesar das indicações de Klein que nos orientam para a ideia de uma articulação complexa (CARDOSO, 2000, p. 32).

Obviamente, um analista com prevalência do masculino ansiará pela explicação de um só tipo de superego, universal e absoluto, ao passo que, outro, com o feminino em vantagem, tende a perceber as variações e, às vezes, até se perde no dédalo da multiplicidade de tipos.

Articulação complexa denota prevalência do feminino em Melanie Klein, pelo menos nesse fenômeno.

4.7 DEDUÇÃO E INDUÇÃO

Enfim, pode-se arrematar que dedução se alinha ao masculino e, indução, ao feminino. É interessante que tanto deduzir como induzir estribem-se no conceito de lógica. *Tradicionalmente, define-se dedução como o processo de construção do conhecimento que vai do geral para o particular e indução como o processo que vai do particular para o geral* Santos, 2007, p. 61).

Na dedução, é evidente a conservação do objeto da premissa ou origem na conclusão ou desfecho. *As conclusões em argumentos dedutivos resultam da recombinação das informações contidas nas premissas* (SANTOS, 2007, p. 61). Embora concluir seja um ato inerente ao método científico, tanto faz se dedutivo ou indutivo, o procedimento que caracteriza a dedução é o de seleção restritiva: para que A seja igual a B, ele deixa de ser igual a C, D, E, F etc... Quando se descobre que B também é igual a C, então C migra do grande grupo de diversos para aquele que concentra o limitado número de iguais. A igualdade denota maior parentesco com o masculino. Nele, o organismo gera um novo elemento muito parecido com a fonte. Portanto, a dedução contribui muito pouco para dilatar o conhecimento. Segundo Popper:

...toda afirmativa interessante e poderosa terá necessariamente uma probabilidade reduzida e vice-versa. Assim, uma afirmativa de alta probabilidade terá pouco interesse científico, porque dirá pouco, terá pouca capacidade de explicação (POPPER e BATH, 2008, p. 88).

Ao contrário, a indução abre as asas a fim de voar para mudanças notórias e, especialmente, ampliação do sistema. Quem seria capaz de imaginar que de uma simples costela adviria um organismo distinto, mais complexo, engendrado pela reprodução predominantemente feminina?! Eventuais mutações costumam ocorrer lentamente, exceto em condições irregulares ou desnaturais. Viu-se, acima, que se constrói o conhecimento na indução do particular para o geral, alcançando conceitos ou leis. *As conclusões em um argumento indutivo, por sua vez, são tidas como indo além das informações dadas nas premissas* (SANTOS, 2007, p. 61). A conclusão aqui não tem o caráter restritivo, mas opera com tendência à generalização. A costela transforma-se em Eva. As potencialidades da estrutura alçaram patamar diferenciado ou mais abrangente. O genótipo é, grosso modo,

masculinamente o mesmo ou muito similar, mas a feminino lhe conferirá variações fenotípicas quase infinitas.

A indução toma determinadas observações e/ou experimentos e entrevê a chance de replicar as conclusões em fenômenos mais vastos ou em múltiplas ocasiões, ainda que heterogêneas, originando diversos descendentes. Em que pese a controvérsia acerca da maçã – de novo, o componente feminino – e Newton, em relação ao nascedouro da descoberta da gravitação universal (MOURA e CANALLE, 2001, p. 246), ateste-se o salto imenso que a sua inteligência realizou e que, indubitavelmente, contribuiu para a expansão do conhecimento.

Karl Popper recusa-se a aceitar o lado científico da indução. Seu argumento parece limitar ainda mais o estreito campo da ciência. Seu raciocínio lógico avança no incremento da abordagem dedutiva e, por coerência, valoriza o rigor na ideia de demarcação: *Denomino problema de demarcação o problema de estabelecer um critério que nos habilite a distinguir entre as ciências empíricas, de uma parte, e a Matemática e a Lógica, bem como os sistemas “metafísicos”, de outra* (POPPER, 2004, p. 37). Uma ciência circunscrita ao processo Adão-sêmen-Adão ou objeto-semente-objeto ou, ainda, semente-objeto-semente, mesmo que contribua para o conhecimento, inclina-se para a esterilidade porque despreza sua metade criativa – inerente à indução –, a qual, admito, clama aperfeiçoamento em seus quesitos fundamentais, no entanto, detém papel excepcional nessa mesma ciência.

Há que se reconhecer a dificuldade de transformar as conclusões do experimento em leis universais, como propõe o método indutivo. Mas, talvez argumento idêntico ao estabelecido por Popper, intensificando as restrições do esquema dedutivo, possa se aplicar ao indutivo: os resultados obtidos, desde que frutos lógicos de premissas sólidas, poderiam ser ampliados, não como leis gerais e sim na feição de hipóteses alargadas. Senão, aridez enorme invade o labor científico, dedicando-se a confirmar o que já se sabe, a reiterar o já conhecido, como célula tronco a gerar clones ou imagens fractais a compor um calidoscópio.

Outra distinção importante, e que complicará qualquer pesquisa, desponta da analogia com as costelas falsas e flutuantes: ambas possuem somente contato indireto ou intermediado com o esterno e as vértebras, aventando a hipótese de que determinados itens acontecem de modo oscilante, instável ou, ainda, inesperado. Nem por isso deixam de existir, nem por isso se tornam acientíficos, mesmo que sejam aberrantes. Disseminou-se a crença de que a comprovação científica concede o veredicto sobre as coisas, como pitonisa trajando a toga da suprema autoridade. Ela estatuiria o *é* e o *não é* dos seres e fenômenos. O processo interno de cada objeto e o seu entrelaçamento com o ambiente abre trilhas para insuspeitados

desfechos. Impende ao cientista uma migalha de humildade. Cumpre à dedução e ao quantitativo sempre alertar quanto às limitações de suas assertivas, particularmente quando gerenciadas com lógica exaltada. Toca à indução e ao qualitativo sempre administrar com parcimônia as suas generalizações, abdicando da pretensão de firmar leis universais. Talvez se possa afirmar que *dentro de condições análogas*, provavelmente os achados devam se repetir. *Os estudos cuja pretensão para a generalização seja mais sensatamente limitada, não apenas são mais fáceis de manejar, mas também, em regra, são mais significativos* (FLICK, 2009, p. 131).

Nesse sentido, convém ainda ponderar acerca das abordagens teóricas classificadas no grupo sistêmico ou complexidade. Alguns de seus defensores chegam a extremos de julgá-las revolucionárias e um de seus baluartes, Edgar Morin, assevera:

Enquanto os físicos acreditavam, em 1900, que sua ciência suprema estivesse quase completa, essa mesma física começava uma nova aventura, arruinando seus dogmas. (...). Não haverá transformação sem reforma do pensamento, ou seja, revolução nas estruturas do próprio pensamento. O pensamento deve tornar-se complexo (MORIN, 2005, p. 10).

Note-se a guinada de um extremo para o outro. Vencida a hegemonia do estruturalismo e seu séquito dedutivo, com realce para a sua lógica rigorosa – apoiada no quantitativo –, promulga-se a superioridade de novo sistema. Rei morto, rei posto. Abel se revolta, inverte o jogo, e articula a morte de Caim.

Prigogine, um dos maiores expoentes da nova ordem de pensamento, declara enfaticamente: *As leis da dinâmica assumem, então, uma significação nova. Elas incorporam a irreversibilidade e não exprimem mais certezas, e sim probabilidades* (PRIGOGINE e FERREIRA, 1996, p. 131). Mais adiante, reforça, categórico: *As leis da natureza adquirem, então, um significado novo: não tratam mais de certezas morais, mas sim de possibilidades* (idem, pag. 159). Note-se como são contraditórias as assertivas acima. Num simples relance, constata-se que probabilidade e possibilidade se tornaram, agora, (in)certezas! A tentativa de extinção das *leis da dinâmica*, bem como das *leis da natureza* suscitam nova convicção: a existência incontestável da *probabilidade* e da *possibilidade*.

Talvez fosse mais adequado conjecturar que as leis, outrora majestáticas, relativizaram-se e compartilham o trono com a dúvida, a sazonalidade, o ocasional, o múltiplo, além de também assumirem a modalidade mista ou heterogênea. Enfim, o resíduo do masculino, ou seja, da essência de cada coisa, não se aniquila, só porque se diversifica, se mistura ou, ainda, alterna-se com aquilo de mais característico que compõe outro objeto. Se o homem avança

na sua coletividade, neste período que se poderia intitular de Era da Comunicação, interagindo-se com outro, com grupos e com o meio, é natural que ele igualmente perceba que existem variadas expressões de um mesmo fenômeno ou princípio. Trocar a tirania da lógica dedutiva pela ditadura da probabilidade talvez não seja negócio tão vantajoso quanto alguns creem...

Parece, contudo, que o avanço mais consistente e, ao mesmo tempo, mais típico da polaridade feminina responde pelo nome de Teoria do Caos:

Desenvolvida no seio das equações determinísticas clássicas (equações diferenciais ordinárias), que supostamente teriam o poder de prever o comportamento de um sistema, a Teoria do Caos evidenciou a existência de sistemas determinísticos, contínuos e discretos, cujo comportamento é praticamente imprevisível devido à grande sensibilidade a mudanças nas condições iniciais (FERRARI, ANGOTTI e TRAGTENBERG, 2009, p. 87).

Note-se que o entusiasmo de alguns cientistas e filósofos para com essa Teoria não é infundado. Libertaram-se amarras que encarceravam a pesquisa no molde determinístico. A imprevisibilidade adquiriu existência. Perante o raciocínio que se pautava rigidamente na sequência causa e efeito, brame insopitável libertação. Não é somente a conjunção de uma semente com outra ou com o ambiente que fará desenvolver um novo objeto ou fenômeno. Agora, consente-se que também *sistemas determinísticos, contínuos e discretos* criem de modo original. Tal processo envolve a *...amplificação exponencial dos desvios, que reconcilia as noções de determinismo e de imprevisibilidade...* (BERGÉ et al., 1996, p. 74). É impossível não associar essa teoria com a etapa em que a costela se lança na formação de um novo organismo. Ou ainda de como o zigoto evolui dentro do que lhe impõe sua respectiva carga genética, mas resguardando margem de liberdade para procriar um ente com peculiaridades únicas, o que demonstra a participação dos princípios masculinos e femininos, que se complementam, mutuamente, do início ao fim da geração de uma estrutura complexa.

Contudo, os protetores da ciência clássica resistem à pressão dos patronos da complexidade para que eles abandonem seus pilares de certeza. Ainda que se inteirem da propaganda de uma nova ciência, que valoriza especialmente achados da física quântica e do enfoque sistêmico, os cientistas convencionais recusam-se a...

...caminhar em direção a “um novo espírito científico”, em cujo centro, a incerteza (as instabilidades?) estaria sempre presente, potencializando tanto a busca por novas conceituações como por outro método, os quais devem levar em consideração o papel do observador, a

totalidade, nos termos próprios que o autor [Morin] a define, bem entendido, a indeterminação na relação causa-efeito etc. Curiosamente, a 'filosofia pós-moderna adora a multiplicidade de pontos de vista, a importância do observador, o holismo e o indeterminismo' (GOMES e JIMENEZ, 2009, p. 68).

A contraposição mostra-se impecavelmente masculina. A relação causa-efeito concorda de modo integral com o conceito de semente: *aquilo que, com o tempo, há de produzir certos efeitos; causa, germe, origem.*

Ao fim e ao cabo, conclui-se que aos excessos históricos do quantitativo, seguem-se as incontínuas do qualitativo. Ao rigorismo da lógica dedutiva, com suas aspirações de garantia de ciência, como se tudo em a natureza pudesse ser medido pela régua do raciocínio linear, da causalidade e dos números, surge a apologia da indeterminação e da incerteza. O mundo transforma-se num caos. É inegável que cada um deles tem seu lugar no conhecimento. Convém cultivá-los sem partidarismo nem preconceito. Em outras palavras, cada estudo indutivo carece de ter a cautela de não se exceder na generalização, ao passo que o dedutivo necessita um bocado de espírito aventureiro a fim de não persistir, indefinidamente, repisando o terreno já conhecido. Assim, ambos se mesclam na pesquisa, embora seja muito comum a prevalência de um deles em cada investigação isolada.

4.8 CONCLUSÃO

Embora se admita uma tendência à reprodução predominantemente masculina ou feminina, parece claro que todo ser é, em si mesmo, hermafrodita quanto às suas potencialidades ou aptidões, ainda que disponha, em condições habituais, de genitália de apenas um gênero. Por isso, a estrutura, apesar de corresponder ao núcleo duro do sujeito, se modifica, ainda que discretamente e origina outra individualidade, muito semelhante à anterior. Não cabe, pois, cercear qualquer estudo quantitativo que se debruce sobre eventual variação da personalidade estabelecida como **caso**. No reverso, a feminino também pode eventualmente se enrijecer, tendendo a conservar-se numa identidade única ou padrão, imitando o aspecto marcante do masculino. Ilustrou-se tal variante através da colmeia e, especialmente, da abelha-rainha com seu poder autocrático: a socialização se robusteceu a ponto de gerar uma unidade coletiva com formato inteiriço, porém com papéis rígidos. Não parece sensato que se renegue o qualitativo, cujos procedimentos metodológicos incluem a investigação de dado estável ou fixo, com a possibilidade de enunciar ocasional achado por meio de números, na dimensão do quantitativo. Se o masculino e o feminino se conciliam

no íntimo das criaturas e fenômenos, como não experimentar sua combinação em pesquisas, ainda que aos poucos?

Buscou-se nesse texto entender a razão de cada método e suas respectivas limitações, e caminhar em paralelo com uma passagem bíblica milenar. Com certeza, restaram muitas lacunas e incompletudes ao esforço aqui iniciado. Tenho a sensação de haver dado talvez um primeiro passo. Acredito que conhecimento obtido pela revelação seja atemporal e mereça, em diversas ocasiões, uma análise científica a fim de se buscar alguma contribuição interessante. Sem me entusiasmar com o método, tampouco me excito com a demolição dele. Prefiro concordar com Feyerabend, não em sua crítica contundente ao método, mas em relação à primazia que a ciência ocupa hoje na imaginação popular e no Estado (FEYERABEND e MORTARI, 1989). A ciência desempenha na modernidade papel idêntico à religião na era medieval.

Tudo indica que ciência e métodos, religião e cultos, filosofia e perquirições, arte e habilidades são caminhos possíveis ao homem. Quando eles se sobressaem, em detrimento do ser humano, alguém os maneja de forma imprópria. É confuso e trabalhoso reordenar as coisas em suas verdadeiras prerrogativas, porém não há outro jeito. A dignidade do homem deve ser a única grandeza a unir todos os esforços e inteligências.

5. OBJETIVO

5.1 GERAL

Analisar a importância da história de vida no estabelecimento do prognóstico de pacientes adultos com câncer.

5.2 ESPECÍFICOS

- a. Categorizar a história de vida do paciente em tipos prognósticos;
- b. Verificar se o tipo prognóstico do paciente é compatível com a gravidade de sua doença e o resultado clínico;
- c. Cotejar entre si os pacientes de um mesmo tipo prognóstico;
- d. Comparar os integrantes dos diferentes tipos prognósticos entre si, em relação à trajetória de vida e evolução clínica.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que usou como técnica a entrevista com pacientes, e como premissa a categorização do prognóstico em cinco tipos e ambas necessitam de esclarecimentos. Pela ordem, recorre-se à abalizada opinião de Turato no tocante à entrevista:

Da contemplação do método clínico-qualitativo, vamos às técnicas clínico-qualitativas, ressaltando a entrevista clínico-psicológica feita em profundidade e observação ampla e livre acompanhada da refinada auto-observação como as mais indicadas para o presente modelo de pesquisa... (TURATO, 2003, p. 306).

A tipificação do prognóstico em cinco espécies, também encontra respaldo na literatura, iniciando por Rey:

As categorias são instrumentos do pensamento que expressam não só um momento do objeto estudado, mas o contexto histórico em que esse momento surge como significado e, com ele, a história do pesquisador que é elemento relevante na explicação de sua sensibilidade criativa (REY, 2002, p. 60).

A possibilidade de utilização dos Tipos Prognósticos como premissa do estudo e não como resultante, alicerça-se em Flick: *as categorias são levadas para o material empírico e não necessariamente desenvolvidas a partir deste, embora sejam reiteradamente avaliadas em contraposição a esse material e, se necessário, modificadas* (FLICK, 2009, p. 291). Assim, mesclam-se o dedutivo, representado pela Tipologia, com o indutivo, personificado pelas sucessivas mudanças que as entrevistas promoveram nas características dos Tipos, demonstrando a justeza da afirmativa acima transcrita. Houve também a enorme contribuição dos achados para o aperfeiçoamento do questionário elaborado previamente.

Classificou-se cada paciente de acordo com o provável tipo prognóstico, a partir do escore obtido pela planilha, apesar de suas limitações, abundantemente exploradas ao longo do texto. Também se buscou alguma evidência de associação entre a história de vida e o diagnóstico clínico com a respectiva evolução do caso. Reitera-se acerca da palavra *associação* o seu sentido de *estabelecer uma correspondência entre (dois conjuntos)* [Houaiss, 2009], desvinculada do conceito de causalidade:

*Isso não significa que um particular atributo não tenha um valor preditor, já que **predição é simplesmente uma consequência de associação entre variáveis, que por sua vez não necessariamente envolve a noção de causa*** (LUIZ e STRUCHINER, 2002, p. 99, grifo nosso).

Em seguida, analisou-se minuciosamente os quinze casos selecionados, de início, três a três conforme o Tipo, identificando os aspectos razoavelmente em comum na trinca e, em seguida, as diferenças em relação aos outros Tipos. Abordando a análise da história de vida, Flick detalha alguns procedimentos que podem ser realizados, sendo que *primeiramente resume a breve biografia do narrador, o que inclui uma exposição cronológica dos ‘eventos identificados como significativos’ na história de vida* (FLICK, 2009, p. 308). Tendo em vista que o estudo propôs como marco a possibilidade de classificar os pacientes em cinco tipos, os *‘eventos identificados como significativos’* foram inseridos previamente no Questionário, mas depois de exame cuidadoso das primeiras respostas obtidas, o pesquisador apurou que algumas pareciam proporcionar narrativas mais produtivas. No mesmo trabalho, Flick ainda afirma que *as análises de casos produzidas através deste processo são comparadas e contrastadas umas com as outras (ibidem).*

Intencionalmente, deliberou-se não seguir rigorosamente as técnicas e ou etapas usualmente descritas na literatura, e sim efetuar uma mescla indefinida de suas leituras e reflexões sobre a análise qualitativa. Em simultâneo, procurou-se não realizar nenhuma técnica em desacordo com as descritas nas obras acerca do tema. A análise dos três pacientes de cada tipo e, depois, a comparação dos quinze pacientes dos cinco tipos surtiu um conjunto de informações substanciais.

Não se recorreu à saturação de dados referentes a cada Tipo particular, porém se atentou para possíveis evidências de relação ou semelhança entre as histórias e a premissa formulada para os cinco Tipos Prognósticos. No método qualitativo, como sabemos, uma das técnicas para a coleta de dados é a da saturação discursiva, mas não a única, e aqui elegemos a história de vida como recurso básico, no mesmo marco do processo anamnético.

Finalmente, importa mencionar a combinação de uma pesquisa eminentemente qualitativa com o procedimento de reunir os dados de cada paciente numa planilha visando a obtenção de escore individual. Extensa discussão sobre a utilidade relativa desse procedimento surgirá à frente, mas pondera-se aqui a sua inocuidade, na acepção de não configurar ação prejudicial.

Argumenta-se, neste ponto, que o emprego isolado de técnica quantitativa num momento inicial da investigação, como indicador provisório, mantendo toda a sequência e raciocínio analítico dentro dos cânones qualitativos, não transforma a pesquisa em quantiquantitativa. Ninguém se espanta com o fato de Adão trazer o arco costal em seu âmagô. Isso não o torna feminino, embora se admita que dele se possam originar muitos seres com prevalência de feminilidade. E vice-versa. Eva conserva invariável identidade, portanto guarda o poder de gerar indivíduos com predominância do masculino. A divisão de estudos em qualitativo **ou** quantitativo deverá evoluir para quantitativo **e** qualitativo, absorvendo a discreta presença de seu suposto oponente, até que cientistas mais ousados costurem as duas vertentes em proporções semelhantes num mesmo projeto.

Ao término da experiência, o pesquisador pode recomendar a algum eventual interessado em aproveitar este trabalho, que parece perfeitamente possível fazê-lo somente com o conteúdo da história de vida do paciente, despreocupando-se por completo do Escore. Basta que se classifique cada resposta numa das cinco alternativas, desde o prognóstico muito favorável até o muito desfavorável. E que leve em conta a observação de que duas questões se mostraram evidentemente muito mais profícuas para a obtenção de informações relevantes da história de vida. **Entretanto, julgo que não seria ético omitir a trajetória da pesquisa em sua árdua construção.**

Em verdade, os achados se impuseram, induzindo a se reformular o questionário, a clarificar a caracterização dos Tipos Prognósticos, e a considerar como principal benefício de seu empreendimento a constatação, sujeita a maiores perquirições, de que determinados sentimentos e atitudes parecem bastante vinculados à doença ou à saúde ou, ainda, à sua restauração.

6.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Recrutou-se um grupo de participantes entre os portadores de câncer sob tratamento no *Hospital do Câncer – Hospital das Clínicas do Acre*, ressaltando-se tão-somente os critérios de inclusão, abaixo.

Decidiu-se por não se estabelecer o tipo de câncer, o prazo de diagnóstico ou a evolução da doença para a inclusão do paciente na pesquisa. Assim, tanto pode ser um caso recente como em estágio avançado, seja de enfermidade ou de tratamento. Colheram-se dados do prontuário hospitalar dos pacientes após a entrevista em pelo menos uma ocasião. A participação do paciente limitou-se, a princípio, a apenas um único diálogo.

Algumas mudanças relevantes aconteceram durante a instalação da investigação, destacando-se a tentativa inicial do pesquisador atuar como médico homeopata dos pacientes entrevistados. Como o acompanhamento, via de regra, implica em pelo menos uma avaliação mensal, com duração aproximada de uma hora, constatou-se que seria sobrecarga excessiva para um profissional isolado. Apesar de breve, o experimento frustrado proporcionou observações homeopáticas interessantes quanto à evolução dos pacientes, mas que transcendem o propósito da pesquisa.

Providencialmente, a equipe de Cuidados Paliativos do Hospital do Câncer interessou-se pela oportunidade de uma prescrição homeopática para os seus pacientes, convertendo-se numa fonte preciosa de casos. Menezes esclarece a respeito dos Cuidados Paliativos:

A produção e difusão de discursos, conjugadas à criação de um novo espaço social, indicam uma mudança no sistema de valores e nas sensibilidades contemporâneas relativas à morte e ao morrer. Pesquisadores de diversas áreas – Ciências Sociais, Psicologia, Direito, Medicina, Filosofia, História, Ética e Bioética, (...) debruçam-se sobre esta construção... (MENEZES, 2005, p. 296).

Tudo indica que o multiprofissionalismo constitui característica de identidade dos Cuidados Paliativos, com extraordinário potencial para acolher quem possa ser útil no apoio ao enfermo.

Quando a visita domiciliar se limitou à entrevista, excluindo-se a prescrição homeopática, a mencionada equipe persistiu valorizando essa atenção e manteve o encaminhamento dos pacientes. Algumas visitas domiciliares foram impactantes e, por que não dizer, notavelmente instrutivas para o examinador, face à pobreza, a solidariedade familiar e o abandono social de alguns pacientes. Realizaram-se vários atendimentos, englobando dois grupos distintos: os de prognóstico ruim – inoperáveis ou que haviam esgotado todos os recursos terapêuticos convencionais, alguns em estado terminal – e os *de alta* da oncologia, portanto, de bom prognóstico, necessitados somente de eventual suporte clínico.

Finalmente, acerca da origem dos pacientes, o pesquisador tomou conhecimento da existência de um Abrigo, onde a Secretaria de Estado de Saúde do Acre acolhia pessoas em tratamento no Hospital do Câncer, provenientes do interior do Estado. O Abrigo, oficialmente denominado *Associação Amigos do Peito*, recebeu a proposta com boa vontade e interesse, franqueando-lhe livre acesso as dependências, afora ter lhe cedido a sala da diretoria para as entrevistas. O *site* da instituição, na internet, define o seu papel:

*A Associação Amigos do Peito – AAPEI – entidade sem fins lucrativos, apartidária, tem como objetivo prestar informações, serviços de apoio e assistência social às pessoas portadoras de qualquer tipo de câncer, sem distinção de credo, raça e cor, vindos dos municípios dos Estados vizinhos, do Acre e zona rural de Rio Branco/AC., para tratamento*⁸.

Além disso, algumas pessoas colaboravam voluntariamente com a instituição e, em sua maioria, compunha-se de egressos de tratamento de câncer vários anos antes. Já haviam cumprido os cinco anos de controle e clínico e imagenológico, encontrando-se de alta médica, e constituíam uma espécie não prevista no desenho do estudo: pessoas portadoras de câncer na história pregressa. Foi assim que nasceu a ideia de inserir esse tipo de paciente na pesquisa. Esse pequeno contingente transformou-se na principal fonte de elementos que viriam a compor o grupo Resolvido, preenchendo o que seria uma importantíssima lacuna. A reduzida oferta de pacientes encaminhados pelos oncologistas do Hospital, acabou se convertendo em enorme benefício. Registre-se que o urologista, colega de doutorado, e médico atuante no Hospital do Câncer, encaminhou três pacientes.

Há ainda que se comentar que a escolha dos três pacientes de cada Tipo Prognóstico não seguiu o critério de saturação. Houvesse trabalhado com maior número de pacientes, é

⁸ <http://amigos-do-peito-ac.blogspot.com.br/p/historico.html>. Acesso em 17.fev.2016

possível o encontro de indícios de sobejo, que seria outra forma de respaldar a seleção dos entrevistados, contudo estaríamos nos enveredando por uma técnica que talvez nos exigisse uma quantidade enorme de casos. Isso porque as situações existenciais são tão variadas – em função de incluir um leque amplo de idade, de ambos os sexos, e de distintas formas de câncer – o que nos acarretaria outro desafio: como efetuar a redução dos fatos mais relevantes das histórias ao conteúdo proposto na definição dos Tipos Prognósticos a ponto de afirmar que se obteve a repetição dos mesmos?!

Dizendo de outra maneira, podemos admitir com Paul Feyerabend e Mortari (1989) a “violação do método”, segundo este autor condição essencial para que a pesquisa se realize; ao eleger 3 casos singulares entre tantos outros procedemos segundo o conceito de “tipo ideal” de Max Weber (1999). Ainda aqui, o conceito de histórias patográficas, de Lain Entralgo, funciona como “ferramenta” que permite explorar em profundidade as trajetórias de vida dos sujeitos investigados, tal como fez Souza (2003).

6.3 CRITÉRIOS E PARTICULARIDADES DE INCLUSÃO/ EXCLUSÃO

Critério de inclusão na pesquisa: ser ou ter sido portador de câncer e encontrar-se sob tratamento médico ou já tê-lo concluído – cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, misto ou paliativo – no *Hospital do Câncer de Rio Branco* ou na *Associação Amigos do Peito*, e que aceitaram participar. Os pacientes liberados do acompanhamento, por alta médica, e que se submeteram ao tratamento de câncer anos antes, apresentaram exames médicos, documentando o diagnóstico e a intervenção terapêutica realizada.

Critério de exclusão de paciente: idade inferior a 20 anos ou superior a 70; não ser portador de câncer; não se encontrar na atualidade, ou anteriormente, sob tratamento oncológico e/ou cuidados paliativos no Hospital do Câncer; ter se recusado a participar da pesquisa, ostensiva ou veladamente; não ter condições orgânicas ou mentais de responder às perguntas.

O examinador acompanhou os casos entrevistados regularmente através de seus prontuários, visando coletar dados acerca de sua evolução clínica.

Todos os incluídos residiam no Acre, se bem que alguns fossem procedentes de outros estados brasileiros.

O Estado do Acre tem 164.221,36 km², o que representa 4% da Amazônia brasileira e 1,79% do território nacional e ocupa o 12º lugar em extensão entre os Estados brasileiros. As divisas com unidades da federação medem

853 km, divididos ao norte com o estado do Amazonas e a leste com o estado de Rondônia. As divisas internacionais são com a República da Bolívia, ao sul e a leste; e a sul e oeste com a República do Peru, totalizando 2.183 km de linha de fronteiras. A BR 317 promove a ligação viária com o Peru, com a Bolívia e com o estado do Amazonas (SILVA, 2012, p. 2012, p. 11).

O Acre é um estado pobre que, atualmente, conta com setecentos mil habitantes, sendo que a metade reside em Rio Branco, sua capital, e o restante nos vinte e dois municípios, além da população rural. De valor histórico e útil para se entender o relato de diversos pacientes, cabe ainda citar:

O seringal, muito antes do início da Segunda Guerra Mundial, já representava, na Amazônia, a unidade econômico-social mais expressiva e o agente determinante de profundas modificações no modo de vida da população nativa. O Barracão, como a Casa Grande no Nordeste, representava as relações comerciais na floresta (NEGREIROS, 2012, p. 64).

6.4 QUESTIONÁRIO E ENTREVISTA

Com a finalidade de examinar a possibilidade de classificar os pacientes em um dos cinco tipos prognósticos, todos eles foram submetidos a uma Entrevista Semiestruturada, elaborada pelo pesquisador, (**Quadro 1**, abaixo). Nogueira-Martins e Bógus esclarecem a adequação de se recorrer a essa técnica no estudo: *É útil esclarecer que essas perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semiestruturada, são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também, de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno que interessa* (Nogueira-Martins e Bógus, 2004, p. 50).

Exercitou-se, pois, a atenção flutuante, permitindo ao paciente a livre associação de ideias e a autonomia da narrativa.

Quadro 1 – Entrevista semiestruturada – identificação do paciente, questões realizadas, alternativas de respostas, observações feitas.

<u>Identificação:</u> Data: Nome do paciente: Sexo: Data de Nascimento: Idade: Naturalidade: Estado civil:	Histórico familiar: Profissão: Escolaridade: Telefone: Encaminhado: Endereço: E-mail:
1. As alterações de saúde que tinham relação com a sua doença apareceram quanto tempo antes do diagnóstico: (1 ponto)	a. Na ocasião do diagnóstico b. Em torno de um mês c. Pelo menos três meses. Não sabe d. Pelo menos seis meses e. Um ano ou mais
2. Você acredita que a sua doença esteja relacionada com alguma coisa? (1 ponto)	a. Conflitos emocionais e/ou afetivos mal resolvidos. b. Alguma situação traumática, abandono, agressões etc. c. Uso de medicamentos inadequados, alimentação incorreta, hábitos de vida não saudáveis. Não sabe. d. Começou com outros sintomas e acabou virando câncer. e. Algum vírus ou bactéria que a provocou.
3. O que você pensa sobre a sua cura: (1 ponto)	a. Garantida. Porque já resolvi muitas situações difíceis. b. Provável. Tenho esperança ou fé que acontecerá. O médico já disse que estou melhorando. c. Duvidosa. Às vezes, acredito que sim, às vezes, que não. Não sabe. d. Pouco provável. Penso com frequência que não me recuperarei. e. Improvável. Sem chance. Meu caso não tem solução.
4. Como era a sua vida quando criança: (1 ponto)	a. Excelente, gratificante, fortalecedora. b. Boa, tranquila, sem ser especial. c. Média. Coisas boas e coisas ruins. Não sabe. d. Ruim. Com falhas significativas. e. Péssima. Com deficiências graves.
5. O que você acha que a sua vida, depois que se tornou adulto até hoje: (1 ponto)	a. Ótima. Muito proveitosa. b. Boa, sem grandes satisfações ou alegrias. c. Razoável. Nem boa nem ruim. Não sabe. d. Ruim. Muita tristeza, carência, frustração. e. Péssima. Só dificuldades, perdas, conflitos.
6. Como você lidou com a situação mais difícil de sua vida: (10 pontos) (Verificar o índice de resolução).	a. Bem – com aceitação e/ou crescimento, ainda que sofrido por algum tempo. b. Parcialmente e/ou de forma muito demorada. c. Só na aparência. Resolvida, por um lado; do mesmo jeito, pelo outro. Não teve, não sabe. d. Mal – resolução tardia e/ou com sensações autodestrutivas ou consequências ruins. e. Pessimamente – com sequelas graves e/ou duradouras.
7. Como foi o seu aproveitamento diante da principal oportunidade de realização em sua vida: (10 pontos)	a. Aproveitamento integral – muito bem-sucedido. b. Aproveitamento parcial – êxito reduzido, pequeno sucesso. c. Aproveitamento nulo – saiu do mesmo jeito. Não teve, não sabe. d. Prejuízo discreto – decepção, frustração etc. na época. e. Prejuízo enorme – sentimentos negativos graves e/ou duradouros.
8. Você já sentiu alguma coisa que você não queria sentir ou já teve algum impulso que você não queria	a. Não teve ou foi sem importância. b. De vez em quando, mas de gravidade ou consequências leves. c. Mais ou menos: importante, mas raro; ou frequente, mas sem importância. Não sabe. <p style="text-align: right;">(Continua)</p>

ter ou, ainda, tomou alguma decisão importante em dúvida ou contra a própria vontade? (3 pontos)	d. Fiz ou senti, às vezes, alguma coisa grave ou significativa que eu não queria ou achava que não devia fazer ou sentir e. Fiz ou senti, com frequência ou constantemente durante um tempo, alguma coisa grave ou significativa que eu não queria ou achava que não devia fazer ou sentir.
9. Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou? (2 pontos)	a. Não. Sempre fui sincero e claro. b. Muito raro e/ou em coisas sem importância. c. De vez em quando, em questões que não prejudicavam ninguém. d. Num determinado fato ou sentimento importante. e. Várias vezes ou durante longo tempo sobre algo grave.
REGISTRAR qualquer comentário que o paciente queira acrescentar.	ANOTAR as observações efetuadas, tais como expressão fisionômica, entonação de voz, gestos, postura, emoção e pranto e se está mais relacionado a algum item, se houve momento desencadeante ou se ficou difuso ao longo de toda a entrevista.

No tocante às **Questões**, acima, vê-se que as três primeiras perguntas se referem à doença e as últimas seis à história de vida.

O roteiro semiestruturado esquadrinhou itens relacionados à trajetória psicológica, com destaque para o grau de resolutividade da situação mais difícil de vida e do aproveitamento da principal oportunidade, mas também contemplou as seguintes variáveis: tempo decorrido desde os primeiros sintomas da doença até o diagnóstico; causa atribuída pelo paciente à enfermidade; conceito do paciente acerca de sua expectativa de cura, bem como a respeito de sua infância, e maturidade; sinceridade nas relações afetivas; sentimentos ou atitudes descontrolados. A respeito da entrevista semiestruturada ou semidirigida, cabe ainda citar duas características desse modelo: *transcurso diferente: a entrevista prossegue por uma ordem de questões diversa daquela imaginada pelo pesquisador (...); tópico novo: questões não previstas inicialmente no instrumento auxiliar poderão ser verbalizadas pelo informante...* (TURATO, 2003, p. 315). Em sua crítica metodológica sobre investigação social, Thiollent (1981, p. 85) firma opinião muito semelhante à citação acima: *A profundidade da entrevista permitida pela não-diretividade é ligada à sua capacidade de 'facilitar a produção de significações fortemente carregadas de afetividade'....*

Somente as perguntas foram feitas ao paciente, de modo oral e, portanto, as alternativas de resposta não lhe foram expostas de forma alguma e, além disso, o pesquisador limitou-se a auxiliar o entrevistado a complementar a sua resposta e a desenvolver o próprio raciocínio, permitindo-lhe fazer as livres associações que lhe pareceram oportunas, sem jamais cobrar-lhe pertinência à questão apresentada.

O levantamento de dados teve em conta a técnica da consulta homeopática, que se baseia em rigoroso **não** direcionamento das respostas. Uma vez pronunciada a pergunta, o pesquisador age com toda a prudência, de modo a não interferir no relato. Cada pergunta continha cinco alternativas de respostas, geralmente progressivas, conforme a regra: ótimo,

bom, médio/regular/não sabe, ruim, péssimo. Caso quisesse mais esclarecimentos, instigava o paciente para falar mais a respeito de tal ou qual assunto, jamais sugerindo ou se antecipando, mesmo que ele demonstre sentir dificuldade para organizar as palavras ou as ideias.

Isso leva a conjecturar que a objetividade do entendimento intelectual, mesmo quando validado por testes, deve se deparar com obstáculos mais complexos, de natureza psicológica, a requerer compreensão e tato por parte do pesquisador.

Ressalte-se que o médico ainda representa uma figura muito respeitada no Acre e, em geral, a população se sente muito distinguida por receber a atenção e cuidados desse profissional.

A aplicação do questionário proporcionou um aprendizado singular. Iniciado com dezessete perguntas, constatou-se imediatamente que algumas apresentavam grande margem de superposição com outras, enquanto também se observou que determinadas questões permitiam frequentes respostas idealizadas.

Percebeu-se que casos aparentemente ruins para o estudo, pela idealização ou alienação da realidade, tornaram-se muito proveitosos, ensinando como explorá-los sem preconceito. Foram excluídas rapidamente oito questões, restando nove, que constituíram o instrumento de abordagem. As respostas obtidas pelos primeiros pacientes, em relação às perguntas retiradas, foram transportadas para a similar – remanescente no interrogatório – para fins de análise do caso. Aqui se recorre a Turato, em seu magistral texto sobre pesquisa clínico-qualitativa:

...o investigador tem a prerrogativa de poder produzir sua teoria compondo-a de fragmentos encontrados em campo, sem estar seus passos rigidamente atrelados ao projeto inicial. A pesquisa qualitativa envolve o uso de uma coleção variada de materiais empíricos, capturados pela entrevista e pela observação – ambas compondo um todo (TURATO, 2003, p. 259).

Portanto, não se realizou um teste específico de validação do questionário. Entretanto, houve uma reformulação ampla, após algumas entrevistas, funcionando como pré-teste.

O diversificado nível de instrução dos pacientes exigiu uma explicação do significado das perguntas a alguns deles. No entanto, as respostas inadequadas parecem ter ocorrido principalmente devido aos mecanismos de defesa, discutidos largamente no texto, e menos em função das limitações de cunho intelectual.

As respostas supostamente fantasiosas ou incoerentes foram mantidas para que se pudesse aferir a eventual influência dessa espécie de dados no prognóstico. Na verdade, o

aparecimento de informações alienadas induziu a se atribuir maior relevância às questões cujo relato envolvia obrigatoriamente situações objetivas. Por conseguinte, passaram para plano secundário os devaneios, bem como a minimização de sofrimentos, consequências ou frustrações, junto com os rompantes ou decretos solenes que alcançariam a cura. Considerou-se também tal atitude como sinal de, no mínimo, incapacidade de absorver o fato.

...o pesquisador constrói um modelo das condições e das relações supostas. (...) A partir disso, obtêm-se hipóteses que são operacionalizadas e testadas em condições empíricas. (...) A abordagem da teoria fundamentada dá prioridade aos dados e ao campo em estudo sobre as suposições teóricas (FLICK, 2009, p. 96).

Todas as entrevistas foram digitadas ao vivo. O pesquisador utiliza esse recurso há mais de vinte anos em sua atividade clínica, tanto no serviço público como em consultório particular. Além disso, recorre ao emprego de inúmeras autocorreções espontâneas que o programa Word faculta, garantindo anotação bastante satisfatória do discurso do paciente. A técnica de se efetuar o registro olhando diretamente para o paciente, permite uma interação mais fecunda do que o antigo hábito de anotar no papel (VIEIRA, 2013, p. 143).

6.5 TIPOS PROGNÓSTICOS

A classificação do tipo de paciente aqui proposta segue e aperfeiçoa elaboração anterior em obra recentemente publicada (VIEIRA, 2013, p. 202), mas aumenta de três para cinco os tipos prognósticos e, além de sair do terreno exclusivamente hipotético para a pesquisa objetiva, perquirindo possível analogia ou implicação entre vivências específicas do paciente e o seu adoecimento com o respectivo prognóstico. A formulação de variedades ou categorias prognósticas representa a hipótese, por excelência, do estudo, incitando e facilitando a investigação. *...codificação é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo...* (HOLSTI⁹, 1969, *apud* BARDIN, 2011, p. 103). A execução do projeto deu ensejo ao enriquecimento de vários detalhes em torno dos Tipos Prognósticos, alguns deveras importantes. Cabe destacar que

⁹ O. R. Holsti. **Content Analysis for the Social Sciences and Humanities**. Mass: Addison-Wesley Pub. Co., 1969.

não houve alteração da essência do escrito inicial, mas ele foi aperfeiçoado graças às histórias de vida coletadas.

Após o levantamento biográfico, os dados foram analisados no conjunto, mas atribuiu-se maior valoração a dois aspectos: o aproveitamento da circunstância considerada a principal oportunidade na vida, bem como a forma de lidar com a maior dificuldade encontrada previamente ao câncer. Em função disso, o paciente foi classificado num dos cinco **Tipos Prognósticos**, abaixo, criados como premissa do presente estudo. A complementação dessas figuras possibilitou o remanejamento de caracteres entre os dois novos introduzidos no leque já existente, além da inclusão de aspectos antes despercebidos, conferindo mais clareza ao conjunto:

1. **Complicado** ou muito desfavorável;
2. **Progressivo** ou moderadamente desfavorável;
3. **Estagnado** ou incerto;
4. **Residual** ou moderadamente favorável;
5. **Resolvido** ou muito favorável.

As vivências anteriores, em particular os conflitos, foram bem equacionadas e as oportunidades aproveitadas de modo satisfatório no tipo *resolvido*; as frustrações demoraram a ter solução ou foram solucionadas de forma apenas parcial e as boas chances foram pouco exploradas, no *residual*; e, assim, as situações adversas tornaram-se cada vez mais prejudiciais, bem como as circunstâncias propícias inclinaram-se, progressivamente, ao fracasso, no *estagnado*, acentuando-se ambas as respectivas tendências no *progressivo*, e atingem o máximo no *complicado*. Pela sua importância na hipótese da pesquisa, segue abaixo a caracterização minudenciosa de cada tipo:

Tipo Complicado – prognóstico *muito desfavorável*:

Essa figura evolui de forma rápida e/ou vigorosa para a acentuação das alterações ou, mais raramente, as intensifica de modo extremo em curto período de tempo. O desconforto, as frustrações, os impedimentos dão margem a reações exageradas e desproporcionais.

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 poderia ser pior... A exasperação é a tônica dominante.

As queixas e cobranças atingem a feição de acusações ásperas, contundentes, cruéis, extinguindo qualquer possibilidade de diálogo ou entendimento. Condena o outro no estilo

peremptório e drástico. Analogamente, o sentimento de culpa viceja em larga escala, embutido ou aflorado, pois mais cedo ou mais tarde o açoite incriminatório volta-se contra si mesmo e faz estragos imensos. As oportunidades degeneraram em clamorosas perdas, suscitando rancor profundo em relações que prenunciavam afeto e compromisso, bem como ódio, pirraça ou indignidade perante o fracasso nos tentames em que se vislumbrava crescimento e êxito profissional.

As lesões orgânicas e/ou transtornos mentais irrompem-se portando notórias complicações desde o começo: a apendicite manifesta-se já com sinais de peritonite; o pós-operatório cursa com infecção hospitalar; o traumatismo crânio-encefálico decorre de fratura exposta do crânio. Enfim, a patologia não aparece em sua alternativa simples, mas obrigatoriamente no formato complicado. E, nesse caso, a tendência para a concretização das sequelas é quase incontornável, e escasso o tempo para que o organismo altere o próprio rumo. Além do mais, as condições psicológicas para eventual renovação também se mostram muito contrárias.

Quando as deficiências oriundas das complicações se estabilizam, o sujeito frequentemente persiste ou intensifica a sua revolta e apenas em ocasiões excepcionais ele se curva ao destino e aceita a conclusão do processo. Mas, em geral, já se ultrapassou o tempo em que isso conduziria a um prognóstico mais auspicioso, embora tal mudança interna contribua para lidar melhor com as penosas consequências colhidas.

Tipo Progressivo – prognóstico *moderadamente desfavorável*:

Alguns indivíduos cursam rota de agravação discreta e contínua a de seus problemas psicológicos. Transmutam as oportunidades de crescimento pessoal em processos desgastantes e arrastados, ou degeneram os relacionamentos afetivos em fonte de atritos intensos e duradouros. As situações conflituosas ou adversas adquirem contornos graves devido à sua inconformação, repleta de queixas, cobranças e autojustificativas. Têm o hábito de acusar as circunstâncias, os outros e o destino por falhas que o aborrecem; exaltam-se por supostos prejuízos que isso lhes acarreta e reivindicam reparações. Vivem em litígio encoberto com o mundo. Nada é bom, nada é justo, nada é adequado.

Enquanto o tipo anterior, o *complicado*, mergulha rapidamente na perda, na decepção, no fracasso, num quadro em que predomina a reação intensa e precipitada, aqui ocorre uma acentuação constante do transtorno. O sujeito exala insatisfação. E suas reclamações e acusações minam as chances de prazer e de alegria. Suas relações afetivas ou seu envolvimento com o trabalho deterioram e o mal-estar perdura. Escasseiam as possibilidades

de retorno ao patamar de contentamento que prevaleceu durante a planificação das realizações e instala-se o que se denomina de “relacionamento neurótico”, porém laços de compromisso, necessidade ou carência de afeto prendem-no à situação. Alega diversas razões para não mudar sua ocupação ou para não romper a união amorosa infeliz e adulterada, e vive num clima em que se sente angustiado e oprimido. Pergunta-se a si mesmo como a sua existência chegou àquele ponto de frustração e decaimento. E o pior de tudo: não vê saída, o que o mortifica e deprime mais ainda.

A manifestação da porção orgânica decorrente de tal trajetória costuma apresentar-se com tendência não só à cronificação – pela paralisia nas dificuldades e conflitos – mas, também à piora espontânea, coerentemente ao fato do indivíduo intensificar seus problemas e desacertos. Assim, a lesão orgânica já surge com ares de cronicidade e denota agravação progressiva dos sintomas. 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 reduzida ou escassa chance de cura. Reverter a tendência à exacerbação que se consolidou tanto no corpo como no emocional traduz enorme desafio.

Apesar desse quadro adverso, que engendra o prognóstico do tipo *moderadamente desfavorável*, um tratamento adequado pode direcionar ao êxito. Nesse caso, ocorre a eliminação do morbo latente – mental e/ou físico – que se encontrava em elaboração. Tal possibilidade parece constituir a essência da agravação ou reação paradoxal, como é denominada nos círculos biomédicos, e foi objeto de análise no capítulo *Agravação Terapêutica* (VIEIRA, 2013, p. 211).

Mas, existe também o risco de uma intervenção de caráter radical – geralmente de cunho reducionista – malograr-se e o reaparecimento do desajuste suceder pouco tempo depois, seja inalterado ou pior, dependendo da intensidade do distúrbio psicoafetivo, salvo raros casos em que o paciente refaz o seu entendimento e postura diante das situações e das pessoas, e não se permite a autodestruição no remorso ou na menosvalia. Então, recompondo a esperança, restaura seus relacionamentos enfermiços, arejando-os com gratidão, afeto e sinceridade.

Tipo Estagnado – prognóstico Indeterminado:

O sujeito mantém-se afetado no nível psicológico, estagnando-se em conflitos do pretérito, ainda que veladamente. No íntimo persiste enredado em frustrações, mágoas e queixas, apesar do acúmulo dos anos. Igualmente, as oportunidades são desperdiçadas ou ostentam um rendimento pífio, quase nulo. Assim, a eclosão da parcela orgânica de sua enfermidade encontra-o despreparado e o resultado constitui um mistério. A patologia costuma não ceder ou reaparecerá em breve tempo – ainda que o tratamento seja muitíssimo adequado – no mesmo órgão ou, se este for extirpado, em suas vizinhanças. Desse modo, o sujeito vê-se enrascado nas teias da cronicidade. As crises de faringite que substituem as amigdalites, após a cirurgia das tonsilas constituem clássico exemplo. As convulsões cederam mediante o uso de medicamento específico, contudo a agitação psicomotora e a insônia revelam que ocorreu uma diluição da “catarse” neurológica, que acontecia nos espasmos convulsivos, em pequenas doses diárias de movimentação difusa. Ocasionalmente, ocorre a mudança de polaridade do corpo para a mente, a exemplo da depressão acentuada que segue a retirada de útero devido a sangramentos intensos e incontroláveis, ou após a implantação de prótese para melhorar a irrigação sanguínea do coração. Enfim, a doença de alguma maneira demonstra que continua no mesmo padrão. Altera a fantasia, mas a nova equivale por completo à anterior; é a mesma coisa em essência e, às vezes, somente inverte o sinal e migra da abundância para a escassez e vice-versa, ou da excitação para o medo e ao contrário.

Todavia, o aparecimento da lesão orgânica pode suscitar reflexões profundas e salutares nesse indivíduo, promovendo renovação psicológica importante e que contribuirá de forma notável para a restauração de sua saúde. O leito hospitalar origina verdadeiros milagres, ao induzir o sujeito – frequentemente por iniciativa pessoal – a um balanço de sua própria trajetória, o que surte conclusões de grande alcance, ensejando modificações significativas em sentimentos e conduta.

A terapêutica adequada pode lhe despertar surpreendente sensação de bem-estar a convocá-lo ao trabalho de reformular sentimentos, conceitos e posturas, bem como o revigora para enfrentar dificuldades e situações às quais ele se acomodou ou impôs sistematicamente a sua versão distorcida ou escolha inadequada. O desfecho do tratamento depende da maneira como o indivíduo apura o seu drama íntimo e da solução que é capaz de elaborar para as questões que jaziam pendentes em sua própria consciência.

Tipo Residual – prognóstico *moderadamente favorável*:

O indivíduo processou os seus conflitos de forma parcial ou arrastada. O mais comum é que ele tenha superado quase todas as situações adversas, ficando apenas uma ou outra pendência que, no entanto, mesmo trancafiada no silêncio e no ocultamento, inflige-lhe dissabor, frustração ou mágoa e eclipsa-lhe o bem-estar pleno, em geral, por longo tempo. Tais questões mal resolvidas constituem a essência de sua própria enfermidade. Em paralelo, tende a aproveitar razoavelmente as oportunidades. Como predominam realizações e sentimentos saudáveis no conjunto, a pessoa propende a se recuperar. Conquanto as alterações orgânicas possam apresentar-se de modo franco, os fatores psicológicos foram previamente amenizados e houve mudança significativa no modo de ser e/ou de sentir.

Tal progresso emocional costuma refluir para o físico, mais cedo ou mais tarde. A marcha dessa melhora tende a promover a remissão espontânea e o desaparecimento da doença, até mesmo das graves e/ou consideradas incuráveis pela medicina. Assim, há enorme possibilidade de perturbações orgânicas se curarem, acompanhando a resolução do estado mental. Resta saber se há um período máximo de tempo em que tal desfecho propício pode ocorrer, e a partir de qual duração e/ou intensidade o quadro psicológico se tornaria, em tese, irreversível.

Aparentemente, quando houve solução íntima dos sentimentos e percepções associados ao drama existencial, a doença que surge anos mais tarde já se apresenta contida, débil, encapsulada ou com estadiamento limitado. Esse paciente reage bem, em geral, ao tratamento, ainda que a moléstia tenha seus riscos. Com raras exceções, a identificação da enfermidade desencadeia uma surpreendente atitude de revolta, o que talvez mude o prognóstico para o tipo Estagnado.

Tipo Resolvido – prognóstico *muito favorável*:

Caracteriza-se pela resolução integral e/ou profunda dos conflitos de vida, de forma rápida, transformando-os em aprendizado existencial, com o devido resguardo tanto de sua motivação pelos seus objetivos de vida, como de sua alegria e entusiasmo frente aos desafios. Além disso, converte as oportunidades, mesmo as pequenas e aparentemente de pouco valor em realizações importantes, vencendo obstáculos e imprevistos.

É uma pessoa que faz a alquimia das dores e angústias de sua trajetória em experiência e maturidade. As situações complexas e os infortúnios parecem encontrar uma armadura e não a afetam, ou ela se recompõe em breve tempo. Não abriga frustrações, não carrega culpa mórbida, não conhece o desespero. Sua capacidade de metabolizar a tristeza e a ofensa

parece imunizá-lo em todas as suas relações e perante o mundo. Vive em paz consigo mesma, com o outro e com o mundo. Perfaz aproveitamento satisfatório das oportunidades que surgem em seu caminho, prosseguindo celeremente em busca de sua realização pessoal. Além disso, não se deixa seduzir pelo prestígio ou valores mundanos, consciente de que os bens internos representam o patrimônio indelével e incorruptível do homem.

Esse indivíduo não transfere seus problemas e/ou necessidades para os familiares, como acontece com relativa frequência. Pelo contrário, tende a exercitar genuína solidariedade para com eles. Há muitos lares que a pessoa se conserva sadia à custa de adoecer os demais; impõe-lhes suas ideias; exige acatamento de suas crenças; governa o reduto doméstico com tirania e não toma consciência de que seu papel onera e desgasta aqueles a quem devia proteger, tornando-se às vezes matriz de ressentimento e ódio pelo abuso de autoridade ou da confiança.

Suas alterações de saúde tendem a ser funcionais¹⁰. Embora incomuns, aparentemente, alterações estruturais também acontecem, mas é pouco provável uma enfermidade com lesões graves, seja de natureza física ou mental. Nesse caso, não havendo remissão espontânea, costuma ocorrer pronta resposta à terapêutica e a melhora pende à estabilidade.

6.6 ESCORE PROGNÓSTICO

A elaboração de uma Escala ou Escore de Prognóstico visou estipular um critério inicial para alocar o paciente num dos Tipos Prognósticos, no qual ele poderá permanecer ou migrar para outro, de acordo com a análise minuciosa ou qualitativa de sua história. Não obstante a finalidade principal da pesquisa fosse verificar a existência de aspectos marcantes na biografia do paciente, que pudessem ser associados à evolução do caso, os achados permitiram ilações mais amplas e surpreendentes.

¹⁰ Doença, geralmente crônica, na qual não são encontradas evidências de alterações orgânicas, apenas das funções. Os sintomas funcionais correspondem a alterações no funcionamento do órgão, do aparelho ou do sistema sem nenhuma alteração orgânica. 15 a 20% dos doentes são portadores de doenças funcionais e toda doença orgânica costuma ser acompanhada de sintomas funcionais.

Disponível no site: http://www.medicinapsicossomatica.com.br/glossario/doenca_funcional.htm. Acesso em 22.set.2013.

Note-se que o conceito acima contempla apenas a enfermidade orgânica, entretanto, cabe generalização para o distúrbio psicológico: a patologia mental muito estruturada, mesmo que superficial ou oligossintomática apresenta resistência às intervenções terapêuticas. O enrijecimento ou fixação sinalizam a favor de prognóstico moderadamente desfavorável.

O projeto abandonou, assim, a generalização difusa sobre o tema na literatura homeopática. Ao inserir a graduação das respostas na Planilha, utiliza-se de técnica quantitativa, de forma pontual, não ofuscando a nítida predominância do aspecto qualitativo no estudo. Nesse sentido, cabem os termos de PEREIRA:

A multidisciplinaridade de conhecimento científico moderno solicita frequentemente do pesquisador a busca de cooperação com outros campos de conhecimento diversos do seu próprio. Assim da forma que, por exemplo, um imunologista pode buscar o apoio de um bioquímico para cooperação em seus estudos, qualquer pesquisador pode buscar o apoio de um estatístico e/ou epidemiologista para a análise de seus dados (PEREIRA, 1999, p. 154).

Se, conforme preceitua Pereira, pode-se recorrer à multidisciplinaridade para equacionar as limitações pessoais, é recomendável analisar a pertinência de somar as habilidades em torno dos métodos empregados. Exceto, naturalmente, quando a mistura se revela confusa ou prejudicial aos fins almejados.

Conjecturou-se que os dados obtidos poderiam gerar um indicador quantitativo. Este pesquisador contou com a ajuda do estatístico e Coorientador, Antônio Carlos F. Pontes, para a elaboração de uma planilha destinada a esse cálculo, ao qual se denominou Escore Prognóstico. Importa, ainda, enfatizar com letras maiúsculas que o cálculo da média ponderada¹¹ foi introduzido posteriormente às primeiras entrevistas, na busca de um modo prático que, embora limitado, permitisse o primeiro contato com as respostas obtidas. Montou-se, assim, a planilha com as nove questões, cujo preenchimento se descreve posteriormente, e está descrita no **Quadro 2**, abaixo.

De forma geral, o escore encontrado para cada paciente transformou-se apenas num dado a mais. Uma espécie de primeira impressão a respeito do caso. Qualquer tentativa de transformá-lo em indicador absoluto incide em grosseiro reducionismo. Utilizado como elemento referencial, ele parece contribuir para situar o paciente na escala prognóstica, apenas como mera hipótese a respeito do caso.

Os preceitos a respeito das técnicas quantitativas e qualitativas procuraram levar o leitor a uma reflexão sobre o papel do pesquisador, as habilidades e concentração necessárias nesta verdadeira 'caçada' pelo conhecimento que se inicia ao se conceber e levar a termo uma investigação (FREITAS e MOSCAROLA, 2002, p. 26).

¹¹ Na média simples, os valores são somados e divididos pela quantidade de termos adicionados. A média ponderada é calculada por meio do somatório das multiplicações entre valores e pesos divididos pelo somatório dos pesos. Disponível no site: <http://brasilescola.uol.com.br/matematica/media-ponderada.htm>. Acesso em 29 dez 2016.

Quadro 2 – Escore prognóstico

	<div> <div>PROGNÓSTICO</div> <div> <div>FATOR</div> <div>TIPO DE PACIENTE</div> </div> </div>	OPÇÃO DE RESPOSTA	RESOLVIDO	RESIDUAL	ESTAGNADO	PROGRESSIVO	COMPLICADO
			MUITO FAVORÁVEL	POUCO FAVORÁVEL	INCERTO	POUCO DESFAVORÁVEL	MUITO DESFAVORÁVEL
			A	B	C	D	E
1	Tempo entre o aparç. dos sintomas e o diagnóstico – nenhum	a	1	0			
	Tempo entre o aparç. dos sintomas e o diagnóstico – um mês	b					
	Tempo entre o aparç. dos sintomas e o diag. – 3 meses. Não sabe	c					
	Tempo entre o aparç. dos sintomas e o diagnóstico – 6 meses	d					
	Tempo entre o aparç. dos sintomas e o diagnóstico – um ano	e					
2	Sua doença está relacionada com – conflitos emocionais	a					
	Sua doença está relacionada com – traumas, agressões	b	0	1	0		
	Sua doença está relac. – medicamentos, hábitos. Não sabe	c					
	Sua doença está relacionada com – evolução de outros sintomas	d					
	Sua doença está relacionada com – vírus, bactérias	e					
3	Sua cura lhe parece – garantida	a					
	Sua cura lhe parece – provável	b					
	Sua cura lhe parece – duvidosa. Não sabe	c		0	1	0	
	Sua cura lhe parece – pouco provável	d					
	Sua cura lhe parece – improvável	e					
4	O que você acha de sua família na infância e adolescência – excelente	a					
	O que você acha de sua família... – boa	b					
	O que você acha de sua família... – média, normal. Não sabe	c					
	O que você acha de sua família... – ruim	d			0	1	0
	O que você acha de sua família... – péssima	e					
5	Vida desde que se tornou adulto até hoje – ótima	a					
	Vida desde que se tornou... – boa	b					
	Vida desde que se tornou... – razoável. Não sabe	c					
	Vida desde que se tornou... – ruim	d					
	Vida desde a infância... – péssima	e				0	1
6	Situação mais difícil de vida – bem resolvida	a	10	5			
	Situação mais difícil de vida – solução parcial ou demorada	b	5	10	5		
	Situação mais difícil de vida – só na aparência. Não sabe	c		5	10	5	
	Situação mais difícil de vida – mal resolvida	d			5	10	5
	Situação mais difícil de vida – pessimamente resolvida	e				5	10
7	Principal oportunidade da vida – aproveitamento integral	a	10	5			
	Principal oportunidade da vida – aproveitamento parcial	b	5	10	5		
	Principal oportunidade da vida – sem aproveitamento. Não sabe	c		5	10	5	
	Principal oportunidade da vida – decepção, frustração	d			5	10	5
	Principal oport... – sentimentos negativos graves/duradouros	e				5	10
8	Comportamento ou sent. sem controle – não ou sem importância	a	2	1			
	Comportamento ou sent... – de vez em quando, discreto	b	1	2	1		
	Comportamento ou sent. – mais ou menos. Não sabe	c		1	2	1	
	Comportamento ou sent. – às vezes, grave e significativo	d			1	2	1
	Comportamento ou sent. – frequente, grave e significativo	e				1	2
9	Situação ou relacionamento: mentiu, fingiu, dissimulou → Não	a	3	2			
	Situação ou relacionamento → muito raro ou sem importância	b	2	3	2		
	Situação ou relacionamento → às vezes, sem prejuízo. Não sabe	c		1	3	2	
	Situação ou relacionamento → num determinado fato importante	d			2	3	2
	Situação ou relacionamento → várias vezes ou sobre algo grave	e				2	3
TOTAL			39	51	52	52	39
Percentual do paciente na coluna →			90,69767442	91,07142857	92,85714286	92,85714286	90,69767442
Fatores preparativos para a média ponderada →			1	2	3	4	5
Subprodutos →			90,69767442	182,1428571	278,5714286	371,4285714	453,4883721
média ponderada →			3				
Percentual do Tipo em relação aos demais →			19,79515997	19,87673344	20,26647331	20,26647331	19,79515997
Classificação do Tipo Prognóstico segundo a média ponderada →			de 1 a 1,8	de 1,8 a 2,6	de 2,6 a 3,4	de 3,4 a 4,2	de 4,2 a 5

Os valores atribuídos a cada resposta foram, inicialmente, iguais. A percepção de que algumas perguntas franqueavam relato idealizado, ou decorrente de crenças ou muito subjetivo, conduziu o pesquisador a analisar os primeiros casos junto com o Coorientador. Verificou-se, então, que as questões referentes à situação mais difícil e à principal oportunidade de vida proporcionavam informações muito coerentes com o diagnóstico e evolução do caso clínico. Este foi, sem dúvida, um achado importante do estudo. Atribuiu-se, então, valores diferentes para as questões, conforme **Tabela 1**, abaixo: questões de número 1 a 5, um ponto; questões 6 e 7, dez pontos; questão 8, três pontos; questão 9, dois pontos. Além disso, ocorreu-lhe inserir o cálculo da média ponderada, que leva em consideração a relevância (peso) de cada termo, existindo, portanto, fatores que contribuem mais que outros para calculá-la.

Tabela 1 – Pontuação por Questão

Questão	Pontuação
1	1
2	1
3	1
4	1
5	1
6	10
7	10
8	3
9	2

Desse modo, o resultado da Planilha deriva quase todo do peso das questões 6 e 7. Tais perguntas suscitaram relatos objetivos, consistentes e detalhados, permitindo confrontar o sentimento e/ou reação da pessoa com o fato vivenciado em praticamente todos os pacientes. As questões 8 e 9 foram úteis em alguns casos e, daí, a respectiva pontuação de 3 e 2.

O lançamento da resposta do paciente, numa das cinco alternativas possíveis em cada pergunta, também merece comentário. Observe-se que no Quadro 2, acima, atribuiu-se pontuação, embora menor, também às opções próximas, nas colunas laterais, exceto quando o valor da questão era 1, porque a redução faria aparecer o valor zero, sendo assim desprezado. Quando a resposta referente à *principal oportunidade* encaixava-se, por exemplo, em “regular” ou “não sabe”, portanto na linha “c”, correspondia à terceira coluna ou “C” – tipo Estagnado –, então o paciente obtinha dez pontos nessa coluna e cinco nas laterais, ou seja, no Residual e no Progressivo, além de zero nos extremos, Resolvido e Complicado (**Quadro 3**, abaixo). O preenchimento da planilha resumia-se, então, a apagar

as duas linhas superiores e as duas inferiores. A proposição de que as opções próximas da escolhida fossem também contempladas com alguma pontuação, aconteceu devido à dificuldade de afirmar com segurança que a narrativa do paciente se enquadrava rigorosamente em qualquer das alternativas. Tal procedimento revela, por si só, que o resultado quantitativo proveniente da Planilha representa indicador de baixa confiabilidade, além de reforçar a liberdade do paciente na entrevista semiestruturada.

Quadro 3 – Seleção da linha compatível com a resposta do paciente – exemplo.

	MUITO FAVORÁVEL (RESOLVIDO)	POUCO FAVORÁVEL (RESIDUAL)	INCERTO (ESTAGNADO)	POUCO DESFAVORÁVEL (PROGRESSIVO)	MUITO DESFAVORÁVEL (COMPLICADO)
6	Situação mais difícil de vida – bem resolvida					
	Situação mais difícil de vida – solução parcial ou demorada					
	Situação mais difícil de vida – só na aparência. Não sabe		5	10	5	
	Situação mais difícil de vida – mal resolvida					
	Situação mais difícil de vida – pessimamente resolvida					

Desse modo, terminada a exclusão das linhas **não** correspondentes às respostas do entrevistado, obtém-se automaticamente a *média ponderada* do caso, conforme mostra o *Escore Prognóstico*, na parte inferior do Quadro 2, pouco antes. De posse do valor informado pela Planilha, o pesquisador procura na última linha pela Classificação do Tipo Prognóstico, dependendo da média ponderada, e define em qual deles o paciente se encaixa.

A planilha mostrou sua utilidade, quando configurada, para mostrar o resultado da média ponderada, automaticamente, em seguida ao seu preenchimento. Definiram-se, então, os seguintes valores: resultado de 1 a 1,8 corresponde ao tipo Resolvido (*muito favorável*); de 1,9 a 2,6 ao Residual (*moderadamente favorável*); de 2,7 a 3,4 ao Estagnado (*favorabilidade incerta*); de 3,5 a 4,2 ao Progressivo (*moderadamente desfavorável*) e de 4,3 a 5 ao Complicado (*muito desfavorável*), expostos no **Quadro 4**, abaixo.

Quadro 4 – Tipo prognóstico e média ponderada.

Tipo Prognóstico	Média Ponderada
Resolvido	1 a 1,8
Residual	1,9 a 2,6
Estagnado	2,7 a 3,4
Progressivo	3,5 a 4,2
Complicado	4,3 a 5,0

Pode-se afirmar que classificado como Complicado ou Progressivo pela planilha, o sujeito dificilmente seria Residual ou Resolvido e vice-versa. Todavia, a segurança desse rótulo adveio única e exclusivamente da análise pormenorizada e dinâmica da história de vida. É do conjunto de fatos, sentimentos e percepções que se interligam desde a infância até o período da doença e sobrevida que se alcançam conclusões firmes. Além disso, são dois macrofenômenos: experiências marcantes na vida e a doença com sua evolução. Não se esperava que cotejo do primeiro com o último expusesse um nexos matemático, porém que evidenciasse relações analógicas e associativas relevantes.

Depreende-se da pesquisa que um Escore no valor, por exemplo, de 4,5 sugere uma trajetória de vida completamente distinta de outra com 1,5. Mas de 4,2 para 4,3, ainda que se integrem em diferentes Tipos – Progressivo e Complicado, respectivamente – os percursos existenciais talvez apresentem mais semelhanças do que diferenças. Portanto, a análise qualitativa torna-se crucial para definir com mais embasamento em qual Tipo o paciente se insere. Além disso, é indispensável ter em mente o conceito de *predominância*. A definição da categoria prognóstica de certo paciente exprime o seu estado habitual. Atitudes e sensações concernentes a outro Tipo podem ocorrer num determinado sujeito, mas destoam do seu próprio estilo e tendem a não influenciar no resultado, fruto da história global do indivíduo.

Ao mesmo tempo, parece factível vislumbrar um eixo coerente entre alguma experiência de vida com algum dos Tipos Prognósticos, a exemplo de carregar uma frustração no íntimo por longo tempo e depois se lançar em situação semelhante, na tentativa de êxito, o que singulariza o Residual, contudo, não se deve raciocinar em termos de exclusividade. Caberia, antes de tudo, examinar quão dolorosa foi a experiência adversa e/ou frustrante, a sua duração, a elaboração interna que levou à iniciativa resiliente e, por fim, o grau de satisfação alcançado consigo mesmo nessa empreitada. De par com isso, a visão global da história do paciente. Somente ela, com sua riqueza de fatores e complexidade evolutiva em seu bojo, autoriza a designação do paciente em seu Tipo provável.

A rigor, essa investigação talvez se resuma ao estudo de caso, mas **não** se restringe à análise individual, e sim agrupa-os numa quinzena, confecciona cinco tipos e percebe a gradação entre eles e suas múltiplas inter-relações. Nota-se que um simples componente assenhoreia-se de nova e fértil complexidade através dessa manobra. *...nenhum estudo pode ser concebido como algo fechado. Embora seja fundamental definir limites, unidades de análise, critérios e fundamentos lógicos, para a realização de projetos de pesquisa, não devemos perder de vista a possibilidade de flexibilização do estudo* (GOMES, 2008, p. 217).

Por isso, é possível afirmar com segurança que no reino do qualitativo, a influência do quantitativo é remota. Como reza a fábula, a quantidade – embora tão grande – não foi convidada para a *festa no céu*.

Transformar tudo isso em números constitui meta, talvez inalcançável e duvidosa, além de dependente de um aporte qualitativo para extrair significados do que se vivenciou e

...convém ressaltar que a pesquisa qualitativa não se restringe à adoção de uma teoria, de um paradigma ou método, mas permite, ao contrário, adotar uma multiplicidade de procedimentos, técnicas e pressupostos. Convencionou-se chamar as investigações que recaem sobre a compreensão das intenções e do significado dos atos humanos de pesquisa qualitativa (TERENCE e ESCRIVÃO FILHO, 2006, p. 2).

Concluindo a análise a respeito da importância e limitações do Escore Prognóstico, os quarenta pacientes foram distribuídos nos Cinco Tipos Prognósticos, de acordo com o valor do seu respectivo Escore.

Em seguida, efetuou-se a seleção, tomando-se três casos de cada Tipo, cuja história continha fatos bem significativos, com maior possibilidade de contribuir para se detectar as correspondências previstas. Como só havia três pacientes cujo Escore os classificava nos Tipos Complicado e Resolvido, não houve escolha e o preenchimento deu-se automaticamente. Quanto aos demais Tipos, levou-se em conta situações dramáticas, episódios estranhos e circunstâncias anômalas, na expectativa de que a análise promovesse conclusões bem respaldadas por acontecimentos, considerados marcantes pelo paciente e/ou pesquisador. Entretanto, pode-se admitir que não havia diferenças muito evidentes entre as histórias, naquela fase. Apenas com a sequência da averiguação, as distinções e nuances dos percursos existenciais alçaram nitidez e relevância aos olhos do perscrutador.

6.7 ANÁLISE

Recorre-se a afirmativas categóricas em torno da associação entre determinada experiência de vida e as características da enfermidade do paciente. Embora assentadas no raciocínio lógico e na similitude entre a essência do fenômeno vivencial e do orgânico, pede-se ao leitor a devida cautela para não tomar como coisas definitivas aquilo que, por enquanto, transita no espaço das possibilidades. Exclua-se, pois, qualquer mínimo vínculo causal ou obrigatório entre os fenômenos ou variáveis aqui descritas.

Sobram fundamentos para essa ousada conexão, segundo a homeopatia, seja em seu aporte teórico, seja na enorme quantidade de casos clínicos abordados de acordo com o referencial holístico. O experimento de substâncias em indivíduos sadios, destinado a revelar os seus efeitos e, conseqüentemente, o seu respectivo potencial terapêutico – denominado patogenesia – desvendou informações em qualidade suficiente para o emprego clínico de algumas centenas de compostos, e expõe a analogia existente entre os efeitos mentais e os físicos, com bastante consistência. Vários exemplos poderiam ser mencionados, mas transcende o escopo do estudo, centrado na possível reciprocidade entre história de vida e a evolução clínica a fim de se estabelecer um prognóstico baseado em tipos específicos.

No exame das histórias de vida levou-se em conta alguns fatores:

1. A influência do viés da memorização, marca importante dessa modalidade de pesquisa que depende de uma visita ao passado, às vezes já distante e, não raro, ofuscado pelo desgaste da enfermidade e suas implicações. Assim, admite-se que na entrevista semiaberta a descrição do paciente nem sempre traduz, isoladamente, o que se deve tomar como resposta. As entrelinhas também dizem coisas significativas e, em especial, outros trechos do diálogo revelam, ainda que de forma involuntária, a informação que se buscou antes, em vão. *Na pesquisa qualitativa, nem todos os aspectos do delineamento podem ser controlados pelo pesquisador e a coleta e análise de dados são, frequentemente, feitas ao mesmo tempo* (MARTINS *et al.*, 2012, p. 68).

2. Admitir a hipótese de que a reação psicológica do paciente à sua própria doença espelha, muitas vezes, em traços mais fortes o seu temperamento prévio. Em síntese, observa-se que em certos casos, o sujeito não deixa de enxergar porque ficou cego, mas por não admitir fatos óbvios e de alto valor afetivo é que desenvolve a cegueira. Portanto, a reação posterior ao aparecimento da lesão orgânica vai desde uma mudança bastante favorável, reconhecendo sua postura enfermiça e reformulando-a até o extremo oposto de reforçá-la, acentuando o próprio desajuste. Conseqüentemente, tal modo de sentir e reagir influencia no desfecho do processo:

...distúrbios afetivos, tais como depressão, ansiedade, hostilidade, e comportamento da doença, as formas pelas quais os indivíduos experimentam, percebem, avaliam e respondem ao seu próprio estado de saúde, podem afetar o curso de resposta terapêutica e o resultado de uma dada doença (CRUZ, 2011, p. 73).

Discorda-se da citação acima no tocante à expressão *comportamento da doença*, já que a teoria homeopática presume que o quadro orgânico tende a reproduzir a trajetória

existencial do indivíduo e, portanto, não possuiria conduta autônoma. Há que se contemplar também o extremo oposto, que levou alguns homeopatas a negligenciar a importância da doença, exaltando excessivamente o enfermo.

3. Esperava-se que um passado feliz, em particular infância e adolescência, protegesse o paciente quando as frustrações e adversidades o sitiavam.

Além do impacto que os eventos ocorridos na infância provocam na idade adulta, os determinantes socioambientais, numa perspectiva de curso de vida, vão se somando e, como enfatizado por BLANE (1999), a interação do biológico com os processos de acúmulo de vantagens ou desvantagens, em longo prazo, vai determinando a saúde futura de uma pessoa (TAVARES, 2014, p. 19) (sublinhado nosso).

O estudo aqui exposto recusa o conceito de determinismo, à moda de Lamarck, como será discutido adiante. Por outro lado, de acordo com o modelo citado acima, a configuração da saúde e da doença implica não apenas os determinantes sociais (econômicos, ambientais etc.), mas igualmente os biológicos e os de tipo psicológicos, os quais, coerentemente, precisam ser considerados em conjunto. Dessa maneira, acolhemos como premissa que a reação individual confere, muitas vezes, significado e intensidade ao acontecimento, transmutando em grave prejuízo uma frustração, a princípio pouco ofensiva ou, pelo contrário, promovendo em crescimento pessoal a circunstância frequentemente traumática, além de diversos graus intermediários. Portanto, não o fato externo, mas o sentimento e o significado que o indivíduo lhes atribui parece ter liame mais estreito com as consequências, ainda que não de forma peremptória, já que outras realizações e circunstâncias devem participar da somatória e definir o resultado.

As respostas obtidas foram submetidas à planilha, na qual se obteve o Escore Prognóstico e este, por sua vez, situou o caso provisoriamente num dos cinco Tipos Prognósticos. Em seguida, fez-se a seleção de três casos de cada Tipo, priorizando aqueles cuja história de vida continha fatos mais marcantes desde a infância, o que dependeu, obviamente, da abertura para narrá-los, ainda que minimizando ou negando a importância deles. Aqui entra muito a percepção do pesquisador, sua acuidade para detectar a gravidade de determinado acontecimento, tanto no sentido de se constituir em potencial causa de agravamento e, pelo lado oposto, realçar a capacidade de resiliência ou de superação de quem não se afetou ou recuperou-se posteriormente. A complicação e/ou sequelas, posteriores ao drama ou conflito, bem como o grau de suas realizações vitoriosas e/ou gratificantes denotam a sua tendência para manter-se saudável no nível psicoafetivo ou a predisposição para

paralisar-se nas frustrações e ou adversidades. A escolha dos casos foi um processo difícil, pois a maioria continha material abundante em relação à finalidade do estudo.

Desse modo, trabalhou-se com um grupo de 15 pacientes, alocados em cinco Tipos de três participantes cada.

A primeira análise dedicou-se a esmiuçar as semelhanças e diferenças entre os três integrantes de cada Tipo, contemplando cada questão da entrevista, separadamente. Em certos casos, recorreu-se a trechos narrados em momento diverso, integrando-o também ao assunto então abordado, enriquecendo o relato. Em seguida, ponderou-se quanto à existência de vínculos ostensivos ou indiretos entre o discurso do paciente e o previsto no texto acerca da caracterização dos Tipos Prognósticos.

Posteriormente, repetiu-se o procedimento comparativo, no entanto, voltado para os cinco Tipos entre si. Devido ao maior número – 15 pacientes em cinco grupos – a análise não desceu aos pormenores, como na etapa anterior e priorizou a visão dos subconjuntos. Construíram-se tabelas para suplementar a descrição de cada uma das nove questões. Além disso, promoveu-se o agrupamento de respostas semelhantes, granjeando maior compreensão quanto ao valor das informações.

No sentido de verificar a coerência quanto à classificação do paciente, num Tipo específico, levou-se em conta diversas variáveis, mencionadas no item Entrevista e Questionário. A categorização do Tipo Prognóstico do paciente foi motivo de minucioso debate, ora apregoando os supostos benefícios, ora explicitando suas limitações.

6.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os sujeitos tinham entre vinte e setenta anos de idade, admitiram as condições da pesquisa e assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (vide **Anexo**). Constou desse documento que havia riscos mínimos para o participante, tais como: sentir-se incomodado por não entender com clareza a relação entre a sua história de vida e a doença, além de tirar conclusões precipitadas sobre sua saúde a partir da própria entrevista. Também se enfatizou a liberdade de permanecer ou retirar-se em qualquer etapa, se assim o desejassem.

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética via Plataforma Brasil – MS, e, posteriormente, recebeu a anuência do COEP da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Parecer número 1.092.380. Sua execução seguiu as normas

éticas da Resolução 466/2012 das *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos*, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Colhida a narrativa, o caso passou a ser acompanhado por intermédio do prontuário hospitalar, incluindo o diagnóstico, procedimentos terapêuticos, exames anatomopatológicos ou imagenológicos, laudos cirúrgicos e intercorrências, todos os dados existentes foram transcritos para o arquivo eletrônico do respectivo paciente e, eventualmente mencionado na tese. Não se estabeleceu um intervalo fixo para a obtenção desses informes e, em vários casos, o prontuário foi consultado mais de uma vez, em período também diversificado. Em geral, as anotações médicas, além de muito resumidas, continham siglas ininteligíveis com frequência. E, quando possível, adicionaram-se as informações colhidas junto ao médico da Oncologia ou ao integrante dos Cuidados Paliativos. Qualquer eventual contato subsequente do pesquisador com o enfermo também foi utilizado como fonte de dados para a investigação. Coletaram-se dados de pacientes, aleatoriamente, com variadas espécies de câncer, em distintos estágios de evolução ou prazo de remissão, havendo posterior seleção das entrevistas até conseguir o número de três casos de cada um dos cinco tipos prognósticos a fim de promover a perquisição aqui exposta.

O estudo também computou a ocorrência de complicações, desde óbito prematuro, passando por metástases e sequelas, em busca de eventual relação entre elas e a trajetória existencial do paciente.

7. RESULTADOS E ANÁLISE PRELIMINAR

Foram colhidas 45 histórias, das quais excluíram-se 5, descritas abaixo (**Tabela 2**, abaixo). O tamanho do grupo de incluídos é elemento secundário, pois a abordagem se caracteriza predominantemente pelo método qualitativo. Contudo, a maior quantidade oferece condições de escolha para o examinador.

Tabela 2 – Quantidade de pacientes conforme a origem.

Origem	Pacientes
Oncologia	9
Abrigo	17
Cuidados Paliativos	10
Urologista	3
Psicóloga	1
Excluídos	5
Total	45

Duas pacientes responderam laconicamente às perguntas, de tal modo que, ao final, o pesquisador ofereceu-lhes para desistir e ambas aceitaram. A terceira excluída não tinha condições clínicas para uma longa conversa devido ao câncer de pulmão e quase toda a informação, inconsistente, proveio da filha; o quarto, o mais novo de todos – com 20 anos de idade – apresentou sarcoma grave no membro inferior direito e metástase pulmonar, e havia se recusado a persistir sob tratamento médico durante certo tempo.

O osteossarcoma é extremamente raro antes dos cinco anos de idade. O pico de incidência ocorre na segunda década de vida, com prevalência aos 16 anos nas meninas e aos 18 anos nos meninos, fase coincidente com o crescimento ósseo intenso da adolescência (MACEDO e PETRILLI, 1999, p. 602).

Quando retornou ao tratamento no Hospital, e aceitou participar do estudo, seu quadro clínico era gravíssimo e ele foi a óbito em poucas semanas. Desde o diagnóstico até o contato com o pesquisador haviam transcorrido três anos e meio. O paciente negou grande sofrimento ou trauma devido à separação dos pais, único fato relevante e que poderia eventualmente estar associado a alguma frustração significativa. Considerou-se que seria imprudente acrescentar dados de terceiros, talvez sem o devido fundamento. A coleta tinha

recém iniciado. Reconhece-se aqui o possível viés de preconceito metodológico. O tempo iria ensinar-lhe, por meio de outro caso, cuja esposa participou da entrevista, em seguida ao relato do paciente, que o informante adicional pode acrescentar dados muito ilustrativos e coerentes, enriquecendo sobremaneira a informação. O principal cuidado a se tomar, em tais circunstâncias, é colher os dados adicionais na presença do paciente e assim foi feito.

A quinta exclusão deveu-se à recusa do paciente em efetuar uma complementação, já que o contato inicial havia ocorrido com a participação da esposa. Com 28 anos de idade, encontrava-se em tratamento de leucemia. Relatou um fato peculiar, que permitiu uma associação: ele fora detido, subitamente, dois anos antes e ficou preso durante trinta dias, em regime fechado, e mais um ano, em semiaberto, dormindo toda noite na penitenciária, por ter se envolvido num roubo, causando extraordinária surpresa para a sua família; quatro meses antes, ele havia tido dor no joelho e manchas roxas na pele; procurou um Serviço de Urgência, julgando-se com dengue; submetido a hemograma constatou-se enorme leucocitose, e ali mesmo recebeu o diagnóstico de leucemia. Ante o paralelo entre a prisão repentina e o diagnóstico do câncer, o pesquisador instou com paciente para suplementar a entrevista, sozinho, mas ele se recusou.

O adoecimento por doenças graves, degenerativas e crônicas como o câncer, propicia uma drástica e repentina mudança na existência dos pacientes. Após a confirmação do diagnóstico, o paciente é levado a defrontar-se com um novo cotidiano, marcado por espaços até então desconhecidos, rotinas de tratamentos dolorosos e invasivos...
(MARTINS *et al.*, 2012, p. 77).

Dos 45 pacientes entrevistados, 3 foram do Tipo Resolvido, 14 do Residual, 11 do Estagnado, 9 do Progressivo e 3 do Complicado, além de 5 excluídos. Há uma diminuição progressiva do número desde o Residual, passando pelo Estagnado até o Progressivo: 14, 11, 9. O **Quadro 5**, abaixo resume os pacientes, idade, sexo, diagnóstico, metástase e/ou óbito e o escore de cada.

Quadro 5 – Relação de Pacientes Agrupados pelo Escore, e presença de metástase e óbito.

Número	Nome	Origem	Idade	Sexo	Diagnóstico	Metástase/óbito	Escore
TIPO RESOLVIDO							
1	MNVM	Abrigo	60	F	Ca mama		1,4
2	RPGB	Cuid. Pal.	81	M	Ca próstata		1,4
3	IVB	Abrigo	69	F	Ca mama		1,6
TIPO RESIDUAL							
4	FVRS	Abrigo	42	M	Leucemia		1,9
5	FFG	Abrigo	57	M	Ca Estômago		1,9
6	MSMM	Abrigo	54	F	Ca mama		2
7	PPA	Abrigo	40	M	Ca Traqueia	Óssea	2,1
8	SSS	Abrigo	20	F	Ca útero		2,1
9	SSA	Psico	53	M	Nasofaringe		2,2
10	OLS	Abrigo	66	F	Ca reto		2,2
11	AOS	Onco	53	F	Ca mama		2,2
12	ESS	Abrigo	70	F	Ca pele		2,3
13	MLVS	Abrigo	51	F	Ca colo útero	Vagina	2,2
14	FRS	Abrigo	55	M	Ca Renal	tec. Adiposo	2,3
15	JSS	Onco	22	F	Ependimoma		2,4
16	RNS	Cuid. Pal.	59	F	Ca mama	Torácica	2,5
17	FPC	Uro	77	M	Ca Próstata	Óssea	2,6
TIPO ESTAGNADO							
18	RFSL	Uro	59	F	Ca canal anal	Suprarrenal (?)	2,7
19	FCO	Cuid. Pal.	73	F	Ca pulmão	Pleural	2,7
20	MLGN	Abrigo	58	F	Ca ovário bilat		2,9
21	ACSF	Onco	23	F	Glioblastoma		2,9
22	BSV	Onco	24	F	Linf Hodgkin		3
23	MAPC	Onco	41	F	Ca mama		3,1
24	JFS	Abrigo	37	M	Leucemia		3,1
25	LOM	Abrigo	27	F	Leucemia		3,1
26	FFS	Cuid. Pal.	43	M	Ca Estômago		3,2
27	JAM	Onco	60	M	Ca Renal	Óssea	3,3
28	TGO	Abrigo	40	F	Sarcoma	linf. Axilar	3,3
(Continua)							
TIPO PROGRESSIVO							
29	RSS	Onco	31	F	Ca Estômago	Krukenberg/óbito	3,7
30	VQS	Onco	57	M	Próstata	óssea+linfon.	3,7
31	COC	Cuid. Pal.	58	M	Hepatocarc.	Óbito	3,6
32	FABO	Cuid. Pal.	32	M	Hepatocarc.	Óbito	3,7
33	RSF	Cuid. Pal.	53	M	Ca estômago	Linfonodos	3,7
34	MANF	Abrigo	37	F	Ca colo útero	Pulmonar	3,7
35	FABS	Abrigo	59	M	Hepatocarc.	Óbito	4

36	FNG	Cuid. Pal.	62	M	Ca pênis	Óbito	4,1
37	FSN	Cuid. Pal.	63	M	Hepatocarc.	Muscr/próstata	4,2
TIPO COMPLICADO							
38	IO	Onco	44	F	Mieloma mult	IIIB / óbito	4,5
39	SFM	Cuid. Pal.	62	M	Ca pulmão	espalhou/óbito	4,3
40	FSA	Onco	33	F	Ca mama	fíg, pulm/óbito	4,4

As células grifadas correspondem aos pacientes selecionados.

Com a finalidade de compor grupos homogêneos, limitou-se a três casos por Tipo Prognóstico, reduzindo, portanto, ao total de 15 pacientes.

A rigor, a melhor forma de apresentar os resultados seria transcrever as entrevistas, permitindo o contato e análise dos dados obtidos. Contudo, nem todos os leitores interessam-se pela abordagem extensiva desse material ou, pelo menos, não neste momento. Além disso, a descrição que se empreende, a seguir, reproduz os trechos considerados mais significativos, facilitando a compreensão do levantamento, a despeito de se ignorar o conteúdo pleno das narrativas.

Descrevem-se os resultados, inicialmente, por Tipo Prognóstico, contendo cada qual os seus três respectivos pacientes. Observe-se que eles já contêm fragmentos de análise e de discussão, todavia, longe de esgotar o assunto, exigindo que se aprofunde nesses quesitos logo em seguida. Preferiu-se iniciar com extratos referentes à *situação mais difícil* e à *principal oportunidade* da vida do paciente, vindo os demais tópicos logo depois, segundo a ordem do Questionário. Entremeiam-se comentários do pesquisador, após o resumo das respostas. Ao final de cada Tipo, consta um arremate denominado Considerações Preliminares. Somente ao término da conclusão dos cinco tipos separadamente, ocorrerá a análise comparativa entre eles, bem como dos instrumentos metodológicos utilizados.

O paciente SFM, número 39 no Quadro 5, acima, faleceu dois dias após a entrevista e seu prontuário hospitalar não foi localizado, apesar do esforço nesse sentido. Ele disse: *Fiz quimioterapia e radioterapia. Tenho marca da 'rádio'.* A esposa acrescentou: *Não fez cirurgia porque o câncer espalhou.*

7.1 TIPO COMPLICADO

Recorda-se na **Fig. 5**, abaixo, as principais características do Tipo **Complicado** – prognóstico *muito desfavorável* –, extraídas do texto **Tipos Prognósticos**, descrito na Metodologia:

Figura 5 – Tipo Complicado – elementos prognósticos

FSA, sexo feminino, 33 anos, casada, *do lar*.

Escore prognóstico: 4,4

Diagnóstico: Câncer de mama, operado, com metástase no fígado, pulmões, região cervical, pele e couro cabeludo.

Situação mais difícil: *Foi quando tive a minha filha. Ela tem paralisia. Foi difícil! Logo no começo achei que ia adoecer. Paralisa nos braços. Mas, conseguimos vencer. (...)*

Quando soube chorei muito, muito! Quando você é mãe, você fica esperando que o filho seja perfeito – sem defeito. Para os outros não ficar falando. Tive de aprender a lidar com a situação, com a ajuda dela. Ela que me dava força. Dizia porque o bom era ela ter nascido – tinha que esquecer e tocar a vida adiante. Diz o médico que ela estava emborcada. Quando nasceu, ela pegou paralisia. Fez fisioterapia, natação. Já tem alguns movimentos,

mas muito poucos. FSA achou que ia enlouquecer. Pessoas ficavam olhando e perguntando se ela era aleijada. Doía muito. E a paciente não mais engravidou. O médico falou que as trompas fecharam.

Principal oportunidade: *Acabei tendo prejuízo mesmo. Eu tinha locadora de games. Eu tinha muitos clientes. Faltou saber administrar. Faliu. Muito prejuízo. Não foi fase boa. Ficou conta para pagar – mas, a gente conseguiu pagar. Faltou mais empenho e administração para dar certo. Queria ter um negócio só pra mim. Quando pude, montei. Ela oscila entre ter havido uma, resultando em prejuízo na microempresa que montou, e não ter ocorrido nenhuma.*

Óbito: 26 dias depois da entrevista.

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Pai bebia muito, batia muito na gente. Pai foi embora. A gente sentia muita falta dele e mãe aceitou o pai de volta. Foram uns anos muito bons. Até ele começar a beber de novo – e a botar a gente pra fora de casa. A gente dormia nos vizinhos.*

Comentário: Discurso idealizado. Sabe de suas várias metástases e da suspensão da quimioterapia, mas reitera que vai se curar, negando a realidade.

Vale revisitar o texto Tipos Prognósticos, acerca da rapidez com que o quadro evolui: *Essa figura não incide no entorpecimento do seu próprio quadro existencial, como o tipo Estagnado, tampouco o agrava continuamente, à semelhança do Progressivo, mas evolui de forma rápida para a acentuação das alterações ou, mais raramente, as intensifica de modo extremo em curto período de tempo.*

Aparentemente, FSA tenta minimizar a dimensão do prejuízo, negando que a empresa tenha sido uma oportunidade real. Essa dedução baseia-se na postura de idealização sistemática por parte da paciente. Em compensação, a paralisia dos membros superiores da filha adquiriu proporções devastadoras. Cabe indagar: a impressão de que iria enlouquecer estava impregnada de pensamentos profundos contrários à vida? Teria sido nesses dias que ela influenciou a sua própria trajetória, inoculando-se a si mesma com os germes de recusa à continuidade de sua existência? Cabe recordar o texto Tipos Prognósticos, no qual consta: *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 poderia ser pior...*

SFM – sexo masculino, 62 anos, casado – pela nona vez, motorista.

Escore prognóstico: 4,3.

Diagnóstico: Câncer de pulmão, diagnosticado após dor no peito durante 6 meses.

Situação mais difícil: *Nunca cheguei a cinco anos num emprego. Empresa estatal, depois de 5 anos, saí. Fui para o Banco. Inventei sindicato e peguei as contas. Fui ser motorista de novo. Depois desempregado de novo. Fiquei uns tempos recebendo mixaria. Aí essa doença; aí aposentei.*

Não tenho de que reclamar não. Namorei muito, aproveitei a vida – graças a Deus. Nono casamento, tenho 16 filhos. Não era a mulher que era ruim, era eu que era meio complicado. Motorista de ônibus, onde chegava... Casado mesmo com apenas duas e a última tem vinte anos de união. Para largar uma mulher era só “até logo”, fique com tudo, que já vou.

Principal oportunidade: *Foi um curso da aeronáutica... Vi o meu futuro e foi cortado. Joguei pra cima. Foi a pior coisa da minha vida. Terrível. Nunca havia sido reprovado. Caiu um avião com conhecidos do meu pai. Ele achou por bem, não deixar eu ir. Falei que então eu ia parar de estudar e ele preferiu. Perdi a vontade que eu tinha, o sonho de ser piloto. Eu era para ser pessoa muito ordinária. Pessoas más que andei, mas nunca aceitei droga, nunca matei, nunca roubei.*

Óbito: 12 dias depois da entrevista.

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Perdi a vontade que eu tinha, o sonho de ser piloto. Cinquenta anos como motorista!*

Comentário: O fracasso no casamento leva-o a sucessivas uniões, com 16 filhos, os quais ele imputa às facilidades que a profissão de motorista proporciona, e passa a considerar suas parceiras como *objetos*. A depreciação atribuída aos relacionamentos sinaliza que o indivíduo não amadureceu a afetividade. Em sua habitual trilha de revolta, quando o pai o impediu de fazer o curso na Aeronáutica, o paciente parou de estudar. Tal gesto lembra uma criança, fazendo birra. Quando interrompeu sua atividade escolar, SFM já tinha carteira de motorista. Começou a trabalhar nessa função. Do texto Tipos Prognósticos, seleciona-se a asserção: *O desconforto, as frustrações, os impedimentos dão margem a reações exageradas e desproporcionais.*

Ao dizer que poderia ter se tornado *pessoa muito ordinária*, ele dá um parâmetro íntimo de seu prejuízo; ele não chegou àquele ponto, mas mutilou-se ao perder o seu sonho; revoltou-se e não aceitou um substituto. Do texto Tipos Prognósticos, extrai-se o seguinte: *As queixas e cobranças atingem a feição de acusações ásperas, contundentes, cruéis,*

extinguindo qualquer possibilidade de diálogo ou entendimento. Condena o outro no estilo peremptório e drástico.

Também em relação a SFM se pode cogitar que a rebeldia contra o destino tenha se introduzido em seu íntimo de maneira irreversível e que viria, anos depois, revelar-se em seu próprio corpo na modalidade de uma doença fatal.

IO: 44 anos, divorciada, empresária.

Escore prognóstico: 4,5.

Diagnóstico: Mieloma múltiplo, um ano e dez meses antes da entrevista.

Situação mais difícil: Paciente engravidou aos 18 anos. *Em seis meses conheci, noivei, casei e enivrei. A mãe dele disse que preferia ver o filho morto do que casado comigo. Ela me odiava. Ele morreu três dias depois; sofri muito, mas procurei superar. Depois sentia que ele estava sempre presente. Só tinha coisa boa para lembrar dele.* Paciente casou-se novamente alguns anos depois, e teve dois filhos. *Mas nunca consegui me apaixonar por ele [marido]. Depois que casei com o “Y” [2º marido] é que vivi coisas. Teve um que me apaixonei, mas sem contato. Com a segunda [paixão], eu tive. Foi muito sofrimento! Agora que estou saindo da situação [durou dois anos]. Ele era casado. Eu também era. A mulher dele o salvou – era terapeuta. Ele continua com ela. Fico tentando preservar e parece que faço tudo errado. E se a pessoa sofre, eu sinto também, e é como se eu tivesse causado. Pior do que doença [câncer] é não ter controle dos meus pensamentos que não consigo dominar.*

Principal oportunidade: *Acho que ela ainda não apareceu. Ou eu não enxerguei. Estou esperando ela! Ainda não apresentou ou passou e não vi. Ou ainda não mereci. Não sei dizer direito não. Acho que ela pode vir – estou nessa esperança. Não desisto fácil não... Sempre quis tomar conta dos filhos. Mãe coruja. Só saí para trabalhar mesmo fora, quando o filho já tinha 12 anos.*

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Pior do que doença é não ter controle dos meus pensamentos. Desejar alguém que eu não podia. É o que mais pesa.*

Comentário: É muito interessante o relato da paciente, pois dá a entender que só ele foi salvo, enquanto que a paciente não. Ela não aproveita a chance de ter um marido tolerante, que lhe deu suporte para superar o trauma da viuvez prematura, quando não conseguia se relacionar com ninguém, e durante todo o período em que se apaixonou e o manteve a par dos acontecimentos, fingindo que ele não sabia para poupá-lo socialmente. Não se sente salva. Não será a salvação um processo que depende da iniciativa pessoal de

quem se agarra à tábua e, assim, mantém-se na superfície das águas profundas ou revoltas? Nesse ponto, cabe citar uma frase do texto Tipos Prognósticos, referente ao grupo Complicado: *Quando as deficiências oriundas das complicações se estabilizam, o sujeito frequentemente persiste ou intensifica a sua revolta e apenas em ocasiões excepcionais ele se curva ao destino e aceita a conclusão de sua caminhada.*

A seu favor tem a atitude de assumir o próprio desequilíbrio. Se por um lado, denota consciência de suas limitações, pelo outro, descamba num sentimento de culpa – *parece que faço tudo errado* – no qual se afunda e a impede de qualquer crescimento.

Pode-se admitir, que ao dizer *eu não enxerguei*, ela talvez continue não enxergando.... Porque ela *sempre quis tomar conta dos filhos*, o que fez até que o mais novo completasse doze anos. Porém, pouco depois, ela começou um relacionamento extraconjugal *e a situação financeira desandou também. Quando consegui me separar dele, pensei agora vou começar a viver! Aí apareceu a doença.* É provável que ela já estivesse doente em seu âmago e agora ocorre a estruturação dos componentes orgânicos do processo. Talvez a sua grande oportunidade de vida tenha sido casar-se de novo, em seguida à viuvez precoce e realizar o seu objetivo, cuidando dos filhos durante longo tempo. Sua conclusão parece irretocável: *eu não enxerguei...*

INFORMAÇÕES ADICIONAIS – baseadas em todas as respostas:

Tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico:

FSA: *Demorou muito para diagnosticar – não aceitam exame particular, só feito pelo governo. Isso demora muito. Até fazer, levou 8 meses até chegar aqui. Pra começar o tratamento – aí já eram vários nódulos. No intervalo da cirurgia, os médicos me deixaram meio solta – câncer foi para pulmão, garganta e couro cabeludo.*

SFM: *Dorzinha, fui ao clínico – mais ou menos 6 meses. Internei na UPA – foi suspeitado de pneumonia. Fiquei 21 dias no Hospital das Clínicas. Aí fez biopsia – câncer de pulmão.*

IO: *Em torno de 6 meses. Sentia muita dor na perna, na bacia. Achei que era nervo ciático. Fui empurrando. Mas comecei a ficar só deitada, vômitos, com anemia – aí fui ao Doutor.*

Comentário:

Os três pacientes apresentaram intervalo de 6 a 8 meses entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico. O texto Tipos Prognósticos propõe que os pacientes do grupo Complicado cursam de modo que *...a doença não aparece em sua alternativa simples, mas*

obrigatoriamente no formato complicado. E, nesse caso, a tendência para a concretização das sequelas é quase incontornável, e escasso o tempo para que o organismo altere o próprio rumo. Registre-se que alguns pacientes, desta pesquisa, levaram tempo mais dilatado entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico e não evoluíram tão celeremente para metástases, como FSA. Também importa lembrar que o câncer de pulmão, por si só, é considerado prognóstico desfavorável devido ao elevado índice de mortalidade e, de forma idêntica o mieloma, devido à ausência de tratamento: *Devido à variedade de disfunções orgânicas causada pela neoplasia e a não descoberta da cura, consequentemente a sobrevida torna-se um desafio para este grupo de pacientes* (SAKAE, DOS SANTOS E BALDESSAR, 2010, p. 216).

A doença tem relação com:

FSA – *Não.... Isso foi só uma coisa que aconteceu na vida da gente, mas vou sair desta. É só uma fase. Doença que apareceu e vou sair dessa.* Nega relação com qualquer coisa.

SFM – *Dizem que foi ajuda do cigarro, mas acho que não foi não. Mas, eles que estudaram é que sabem. Acho que é de família – todos só morrem de câncer. De próstata, outro no queixo e um sobrinho que não sei de que.*

IO – *Muita gente fala que a mágoa desenvolve câncer. Eu tenho e ainda não consegui curar. Mas, não sei – é tanta coisa. Acho que a mágoa pode desenvolver isso, sim. Não tomava refrigerante. Eu era a única que cuidava dessas coisas... e só eu fiquei doente.*

Comentário:

FSA – Revela uma postura idealizadora;

SFM – Imputa ao cigarro ou à genética;

IO – Traz a responsabilidade para os seus sentimentos.

O que você pensa sobre a sua cura:

FSA – *Provável. Tenho esperança ou fé que acontecerá. O médico já disse que estou melhorando.*

SFM – *Esperar Deus chamar. Pelo jeito não tenho mais cura. A morfina controla a dor.*

IO – *Eu acredito na minha cura – preciso viver muita coisa que não vivi. Eu tenho 30% de chance de cura apenas. Esperando teste de compatibilidade dos irmãos para transplante de medula óssea.*

Comentário:

FSA – Persiste no discurso idealizado. Sabe de suas várias metástases e da suspensão da quimioterapia, mas reitera que vai se curar, negando a realidade.

SFM – Encontrava-se já bastante debilitado e gemente. Sua desesperança era compatível com o quadro, tanto que foi a óbito quinze dias depois.

IO – Queria viver, mas sabia que suas chances eram reduzidas. Quanto ao seu prognóstico clínico, o oncologista informou, cinco meses depois: *IO... está na cidade “X” para tratamento de recaída da doença. Quando saiu daqui, já estava em recaída... A última conversa que tive com ela, estava com dores ósseas e suspeito que a doença progrediu e não responde mais ao tratamento.*

Como era a sua vida quando criança:

FSA: *Agora, somos muito unidos. Na época de criança, a gente era muito afastada. Pai bebia muito, batia muito na gente. Mãe sofreu para nos criar. Pai foi embora e deixou a gente. Mas, nós conseguimos vencer. A família passou muita fome. A mãe não tinha emprego. Comiam quando vizinho dava. Porém, a gente sentia muita falta dele e mãe aceitou o pai de volta. Foram uns anos muito bons. Até ele começar a beber de novo – e a botar a gente para fora de casa; ele sozinho em casa. A gente dormia nos vizinhos.*

FSM: *Trabalhei muito. Pai era filho de cearense, a gente não tinha liberdade. Do serviço pra casa. Pai era padeiro. A juventude de hoje tem muita moleza e não quer nada. Fiquei de maior e tirei carteira de motorista. Cinquenta anos como motorista!*

IO: *Eu era muito feliz! A melhor coisa da vida foi a infância. Meu pai brincava muito com a gente. Aos 14 anos, eles se separaram. Depois minha mãe foi muito sábia. Sofreu muito e não disse nada. O pai nunca abandonou a gente. [Chora]. Quando me casei, (...), mãe resolveu falar tudo sobre o meu pai. Desde que engravidou de mim, 5ª filha. Se soubesse disso, não ia suportar, ia me revoltar. Ele pegava tudo quanto é mulher...*

Comentário:

FSA: Na infância da paciente ocorreram situações muito constrangedoras. É possível que a somatória delas equivalha a um trauma.

FSM: A rigidez do pai obstruiu-lhe o caminho para seguir a profissão dos seus sonhos. O paciente não elaborou uma alternativa mais satisfatória para ele mesmo.

IO: Havia um sofrimento velado por parte de sua mãe, contudo, cabe indagar: será que o conflito com o marido não extravasava de algum modo, afetando os cinco filhos, inclusive

a paciente? Quando ela diz: *Se soubesse disso, não ia suportar, ia me revoltar*, vê-se que ela se revoltou ao conhecer a história e é possível admitir que seja, ainda hoje, o sentimento que a domina. Haverá algum nexo entre tal sensação e a morte do marido, tipo vulnerabilidade ou atração por elemento masculino que não se liga fortemente a ela?

O que você acha que a sua vida, depois que se tornou adulto até hoje:

FSA – *Teve muita fase ruim, mas boa também. Lembrança muito boa. Nesse momento, minha fase de vida tá boa. Apesar da doença ter abalado a família, mas a gente tá firme e forte.*

SFM – *Foi boa. Para mim, tudo foi bom. Só não a partir da doença. Nono casamento, tenho 16 filhos. Não era a mulher que era ruim, eu era eu que era meio complicado. Motorista de ônibus, onde chegava... Casado mesmo só com duas. A última tem vinte anos de união. Ela é 15 anos mais nova do que eu. As outras, eu juntei.*

IO: *Me acho inútil. Tão inútil. Não sei viver. Desde os 16 anos, desenvolvi um pensamento de não querer estar viva. Mas não quero morrer. Agora estou me agarrando para continuar viva. Parece que faço tudo errado. Sofro e sofro, mas não tem necessidade de eu espalhar. Não fico demonstrando sofrimento.*

Comentário:

FSA – Persiste com respostas um tanto idealizadas, a exemplo de: *nesse momento, minha fase de vida tá boa...*

FSM – Demonstra a sua inconsciência quanto às condições internas que o levaram aos seus múltiplos relacionamentos.

IO: Teve a infância mais tranquila entre os três e sinaliza que um sentimento negativo prevaleceu em sua predisposição íntima, deparando-se com a sensação de se sentir inútil. De fato, ela diz noutro momento, que *só passou a trabalhar quando o filho completou doze anos*, mas ela se pergunta: *O que fiz de bom nessa vida?! É impressionante que as coisas parecem não ter valor por si mesmas, porém somente o que se lhes atribui.*

Você já sentiu alguma coisa que você não queria sentir ou já teve algum impulso que você não queria ter ou, ainda, tomou alguma decisão importante em dúvida ou contra a própria vontade?

FSA. *Não. Eu não sou muito de falar. Sou mais fechada. Não gosto de falar de sentimentos. Nunca gostei. De conversar, me expor. Sempre fechada.*

SFM: *Já. Quis ser contra e ninguém quer ser. Larguei emprego federal para ir para emprego em Rondônia. Falta de orientação. Se estivesse no emprego, aposentava bem melhor. Eu era carreteiro. Cara me fez convite – aceitei na hora. Para trabalhar junto com amigos. Por impulso; a gente não pensa.*

IO: *Tudo isso já. → especialmente senti o que não queria sentir. Desejar alguém que eu não podia. É o que mais pesa. Querer alguém que não é para ser. Aí vem o impulso, as decisões. Começa dali. Começa a fazer tudo errado.*

Comentário:

FSA – Parece acreditar que não falando sobre os sentimentos, eles deixam de existir. Lembra o *pensamento mágico* dos adolescentes: ter medo de algo é que faz aquilo acontecer. Entretanto, não lidar com os conflitos não os resolve.

SFM – Deu vazão aos seus impulsos, sem refletir no caráter autodestrutivo dos mesmos.

IO – Aparenta ter percebido com mais clareza o começo do antagonismo interno. A alocação: *senti o que não queria sentir* é emblemática no sentido de apontar o distúrbio em seu nível mais profundo.

É possível que IO apesar da tendência oposta entre o sentimento e a própria consciência, gozou do benefício de amar, por isso, a sobrevivência mais prolongada, ao passo que FSA alienou-se – sinônimo de autocídio camuflado – para não sofrer, e SFM reiterou sua autodestruição em diferentes ocasiões importantes.

Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?

FSA – *Às vezes sincera, às vezes falsa, para não magoar as pessoas que a gente gosta. Mas, não é bom não – é ruim. Enganar. Seria bom se a gente pudesse só dizer a verdade. Mesmo que magoe.*

SFM – *Quase tudo foi na base da mentira. Agora, não, uns 90% é real – em relação à última esposa. Antes, era bom de boca, prometia e não fazia.*

IO – *Não. Assim... o meu casamento – 18 anos. Mas, ele sempre soube que eu não era apaixonada por ele. Tudo que me acontecia ele sabia. Eu não conseguia esconder. Não conseguia não falar. Ficava aquela cobrança. Ele sempre soube de tudo.*

Comentário:

FSA: Aparentemente, não engana os outros, mas ilude muito a si mesma. Ela crê que suas palavras podem magoar as pessoas e, então, cala-se, tornando-se falsa em algumas situações.

SFM: Mentiu compulsivamente em questões afetivas durante largo tempo.

IO: Acredita que foi sincera, mas é muitíssimo raro que alguém manifeste para o seu parceiro que está se sentindo atraído/a por outra pessoa nas fases iniciais do envolvimento. Há um período mais ou menos longo de ocultamento. Todavia, isso não anula por completo o incômodo de se perceber numa intensa e arrastada triangulação afetiva, com grande sofrimento e desgaste para os dois casais envolvidos e agravado, em seu caso, por avultada sensação de culpa. Do texto Tipos Prognósticos, reproduz-se a afirmativa: *Analogamente, o sentimento de culpa viceja em larga escala, embutido ou a florado, pois mais cedo ou mais tarde o açoite incriminatório volta-se contra si mesmo e faz estragos imensos.*

Reúne-se no **Quadro 6**, abaixo, os dados mais relevantes do Tipo Complicado. E, logo em seguida, a **Figura 6** exhibe os fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do Tipo Complicado.

Quadro 6 – Síntese das entrevistas do tipo complicado

Questões	FSA	SFM	IO
Como você lidou com a situação mais difícil de sua vida?	<i>Quando nasceu, [filha] pegou paralisia. Achei que ia enlouquecer. Minhas trompas fecharam.</i>	<i>Nono casamento, tenho 16 filhos. Não era a mulher que era ruim, eu que era meio complicado. Motorista de ônibus...</i>	<i>Morte do marido [aos 18 anos] – 3 dias após o casamento. Depois que casei [2º marido]... me apaixonei duas vezes. Sofrimento!</i>
Como foi seu aproveitamento diante da principal oportunidade	<i>Acabei tendo prejuízo mesmo. Eu tinha locadora de games.</i>	<i>Foi um curso de Aeronáutica... vi o meu futuro e foi cortado</i>	<i>Acho que ainda não apareceu. Ou eu não enxerguei...</i>
Tempo entre os sintomas e diagnóstico	8 meses	Menos de 6 meses	6 meses
A doença tem relação com	<i>Uma coisa que aconteceu na vida da gente, mas vou sair desta fase</i>	<i>O cigarro, mas eu acho que é de família</i>	<i>Mágoas. Muita gente fala que a mágoa desenvolve câncer. Eu tenho e ainda não consegui curar. Mas, não sei – é tanta coisa... Não tomava refrigerante. Eu era a única que cuidava dessas coisas... e só eu fiquei doente</i>
O que você acha de sua cura	<i>Tenho esperança e fé</i>	<i>Pelo jeito não tem mais cura. ...esperar Deus chamar</i>	<i>Acredito na minha cura. Tenho 30% de chance, disse o médico</i>
Como era sua vida quando criança e adolescente	<i>Pai bebia muito, batia nos filhos, colocava nós todos para fora de casa</i>	<i>Trabalhei muito, pais enérgicos, não tinha liberdade</i>	<i>Era muito feliz, a melhor coisa foi minha infância</i>
O que você acha de sua vida quando se tornou adulto	<i>Fase ruim, mas boa também. Apesar da doença ter abalado a família, a gente tá firme e forte...</i>	<i>Para mim foi tudo bom... só não a partir da doença</i>	<i>Me acho inútil... desde os 16 anos desenvolvi um pensamento de não querer estar viva... estou me agarrando para manter viva</i>
Você já sentiu algo, ou teve impulso ou tomou decisão importante que não queria ou contra sua vontade?	<i>Não, eu não sou muito de falar. Não gosto de falar de sentimentos. Nunca gostei.</i>	<i>Já... quis ser contra... Larguei emprego federal. Para trabalhar junto com amigos.</i>	<i>Tudo isso já... senti o que não queria sentir. Desejar alguém que eu não podia.</i>
Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?	<i>As vezes sincera, as vezes falsa, para não magoar as pessoas que a gente gosta.</i>	<i>Quase tudo foi na base da mentira. ...bom de boca, prometia e não fazia. Agora, não, uns 90% é real...</i>	<i>Não... Mas, ele sempre soube que eu não era apaixonada por ele. Tudo que me acontecia ele sabia.</i>

Figura 6 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo complicado

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Destaca-se, na análise dos três sujeitos deste grupo, uma tendência a acentuar as dificuldades e frustrações além do tanto que o fato promove por si mesmo (**Fig. 1**). Em FSA sobressai enorme vulnerabilidade; FSM expõe sua revolta, e OI naufraga-se na própria culpa. São reações que predispoem ou agravam os problemas, por natureza já intensos e complexos. A recusa em aceitar a adversidade ou a propensão a reiterar a mesma postura que gerou algum transtorno, costuma engendrar futuros dissabores. Examinando com mais vagar,

constata-se que FSA teve prejuízo financeiro em sua principal oportunidade, ainda que acredite não a ter vivenciado; no caso de SFM observa-se que era um jovem com potencial cognitivo, pois em sua condição socioeconômica não é comum a aprovação para um curso de Aeronáutica, mas quando o pai lhe obstruiu o caminho, procedeu de forma autodestrutiva; em paralelo, IO não se deu conta de que, em tese, o segundo casamento representou grande chance de reconstruir a sua família, correspondente ao seu maior objetivo de vida – ao qual se dedicou até o filho mais novo completar doze anos – e depois a paciente instilou-lhe um elemento devastador.

É evidente que o trio sofre sequelas do amor. O amor tem o dom de proporcionar os momentos mais felizes, bem como os mais tormentosos que se pode experimentar. Amor pelo bem-estar da filha, pela brilhante carreira profissional, por um homem romantizado. Tudo indica que amar é processo espontâneo, que se começa a exercitar quando ainda lactente, em simultâneo com muitas outras aptidões, destacando-se a polaridade entre amor e egocentrismo. Entretanto, tolerar a perda do objeto ou pessoa amada sem injuriar-se ou, ainda, renunciar ao deleite do sentimento ou da situação vislumbrada, por se deparar com possíveis inconvenientes ou prejuízos, requer um tanto mais de maturidade. E se, apesar do amor despedaçado ou de sua dorida abstenção, pelos mais diferentes motivos, a pessoa desamarra-se, preservando a sua inteireza – sem repassar a culpa para o outro – é sinal de que se trata de alguém que raiou a grandeza humana. As histórias aqui expostas revelam o quanto ainda falta aprender, para quase todas as pessoas, na ciência de amar. A revolta ou inconformação contra as circunstâncias revelam que o sentimento foi tomado por labaredas, destruindo as chances de felicidade.

Não se percebe, a princípio, tais qualidades em qualquer dos entrevistados. Nenhum exprimiu o amor refeito, suficiente para suplantar todas as deformidades que transformam o ser amado, em certos dias, numa verdadeira monstruosidade. Por que não se perdoou a filha, aceitando-a e amparando-a integralmente em sua doença limitante? Por que não se desculpou o pai pelo temor incontável do filho se acidentar num avião? Por que não se relevou as deficiências do marido que assegurou à esposa o privilégio de cuidar dos filhos durante tantos anos e que já havia adotado o primogênito de seu fugaz casamento anterior? Compreende-se, finalmente, a razão de tanta culpa nessa última paciente. As diversas lesões do mieloma múltiplo parecem acusar o conflito entre as relações extraconjugais e a grande quantidade de benefícios usufruídos, à custa do marido sustentá-la sem trabalhar durante vários anos. Faltou-lhe a decantada cumplicidade na relação conjugal. Então, pode-se concluir que as sequelas, acima descritas, não se devem à enormidade do amor e sim à sua

pequenez, que converte algo ou alguém em fonte única de afeto em detrimento de todo o restante.

É possível que qualquer dos três pacientes que houvesse realizado bom proveito das circunstâncias e atingido as finalidades a que se propunha, mudaria o roteiro de vida e gozaria de mais higidez psicoafetiva, consequentemente, prognóstico mais favorável.

Enfim, chama a atenção a incapacidade dos três pacientes de encontrar uma alternativa, no íntimo de cada um, no sentido de se ajustar mais prazerosamente à sua própria realidade. Havia um projeto de vida entremeado de sonhos, que se desintegrou ante a realidade inclemente e, em geral, subitânea. SFM perdeu o curso acalentado e depois colheu a ruína no casamento; haveria, muito provavelmente, de alcançar dilatado júbilo com o seu potencial e consolidar a sua própria autoestima, ao perceber que se manteve em seu objetivo de deslocar-se frequentemente, mas ao invés de percorrer o espaço aéreo, passou a fazê-lo em solo firme através de seu caminhão; IO superou um desafio espantoso, no estilo de conto de bruxas, no qual a mãe do príncipe encantado vaticina que prefere o filho morto a vê-lo casado com a paciente, o que sucede três dias após o matrimônio e, evidenciando notável fortaleza e lampejo inconsciente de resiliência, o seu coração divisa novo aristocrata em posterior pretendente e dispõe-se a retomar a aventura conjugal, abortada de modo tão prematuro; FSA sucumbe à tragédia do nascimento de uma filha com os braços paralisados e não supera o terrível impacto que isso lhe provoca nem se lança na empresa resiliente de tentar outro filho, quiçá, com os membros superiores íntegros.

As reações a situações de grande sofrimento dependem, como já foi mencionado, não apenas do trauma em si, mas também e principalmente da maturidade física e emocional da vítima, de seu histórico familiar e de desenvolvimento, bem como da estrutura de apoio que a cerca. Os traumas que excedem a capacidade de absorção e elaboração da criança e do adolescente tanto podem ter efeitos imediatos como ocasionar outros, nem sempre objetivos e diretos, que repercutirão no seu modo de agir e de enfrentar outras situações de estresse para o resto da vida (WAKESMAN et al., 2005, p. 295)

Contudo, mesmo se reconhecendo que algumas experiências deixam marcas em quase todos os que as vivenciam, cada indivíduo confere dimensão aos seus próprios danos. É da interação entre a agressão sofrida ou a perda – de algo ou alguém – com a estrutura e dinâmica do sujeito que emerge o tamanho do estrago. Destaca-se nesse aspecto a incapacidade de muitos pacientes para lidar com as suas próprias frustrações de vida e, em maior escala, para facear a doença com dignidade. Tentam escapar pela alienação, sobretudo exaltando a fé na cura, descrita em termos psiquiátricos assim: *A dissociação é um mecanismo defensivo de primeira linha para muitos pacientes traumatizados, distanciando-*

os de suas experiências afetivas (EIZIRIK *et al.*, 2006, p. 317). Uma vez configurado a ocorrência do trauma, as implicações prognósticas são relevantes, havendo ...*menores taxas de sucesso quando comparadas a pessoas sem história de trauma, o que pode gerar frustração e confusão nos seus terapeutas* (idem).

Em resumo, IO refaz a experiência da relação a dois e é bem sucedida, entretanto regride ao sonho juvenil ou, quem sabe, jamais tenha amadurecido e as duas paixões denotam o seu autêntico estado emocional; FSM e FSA cristalizam-se em seus bloqueios ou traumas, porém com uma diferença: o primeiro concretiza a sua aspiração de viajante, embora não confira à sua prática o justo valor, e a última estacione por completo o seu percurso existencial em seguida ao sofrimento de ver a imobilidade dos braços de sua filha recém-nascida. Veja o conceito de trauma proposto por WINNICOTT¹² (*apud* FULGENCIO, 2004, p. 264), observando-se que o conceito de Winnicott aponta para a reorganização interna do sujeito, sem se referir ao fato desencadeante:

Um trauma é aquilo contra o que um indivíduo não possui defesa organizada, de maneira que um estado de confusão sobrevém, seguido talvez por uma reorganização de defesas, defesas de um tipo mais primitivo do que as que eram suficientemente boas antes da ocorrência do trauma.

Conjectura-se, então, que a maior longevidade de FSM se deve ao fato de ter levado adiante o seu projeto de vida, ainda que derivando a perfil de tripulante ou piloto aéreo para um viajante terrestre, e tenha levado alguns anos até reconstituir sua parilha afetiva de modo fixo. Cotejando com FSA e IO, conclui-se que ambas detiveram a execução de seus planos em estágios anteriores. Haverá relação entre esse aspecto e a própria duração da vida da pessoa?

Assim, a qualidade da saúde, bem como a morte não seriam coisas fatalmente marcadas pela divindade, como crê tanta gente, e sim eventos sobre os quais o ser humano exerça significativa e, às vezes, determinante influência devido às suas escolhas e posturas. Talvez o homem seja mais responsável por seus atos do que ele mesmo supõe. Felizmente, o tempo agiu em favor de todos eles. De uma forma ou de outra, os três se soergueram e enfrentaram a luta. A mãe absorveu da criança, conquanto imatura, um naco de compreensão, amenizando-lhe a dolorosa travessia; a viuvez abrupta foi contornada depois de alguns anos, ensejando a constituição de nova família, mas o segundo marido não lhe preencheu o anseio imaginoso pela vivência de um grande amor e o invigilante coração

¹² Winnicott, D. W. Explorações psicanalíticas. São Paulo: Artes Médicas. 1989.

reservou pequeno canto em suas reentrâncias até o dia em que garboso fidalgo assenhoreou-se da moradia, sem lhe permitir sequer o período necessário para encerrar o casamento, eclodindo-se longo e amargo drama, com o envolvimento dos casais protagonistas; à frustração de seguir carreira na aeronáutica, o jovem assume – insatisfeito – a função de motorista, alcançando a subsistência por meio dela, porém diante do malogro na relação a dois, percorre a vereda de sucessivas e descomprometidas aventuras, redundando em nove relacionamentos e dezesseis filhos até reencontrar-se em estável e gratificante parceria nos últimos vinte anos.

Aparentemente, tudo se poderia deixar para trás, cavando sepulcros em que se depositassem delicadamente mortos e vivos queridos, cobrindo-os com o carinhoso pó do falso esquecimento, ou abandonando as mais diletas aspirações com extrema determinação em escombros que as ocultassem de percucientes investigadores, para nunca mais volver os olhos ao horrendo passado. Amores e cursos, relacionamentos e fantasias, paisagens e metas – realizados ou perdidos – passariam a residir apenas na memória, emoldurados com gratidão e reverência, caso existisse potencial para tal escolha saneadora e profilática.

No entanto, aquela bebê pequenina, cujos braços penderiam sempre inertes, não poderia ser relegada a si mesma nem tampouco transferida adiante para outra cuidadora. A consciência não concedia à mãe prevaricar de dever tão prioritário. Haveria de arrostar a aberração – aos seus olhos – dia após dia, padecendo uma dor inominada, da qual não lhe era lícito evadir-se. Não lhe atenuavam o sofrimento as lágrimas dilacerantes. *Quando você é mãe, você fica esperando que o filho seja perfeito – sem defeito.* Entende-se, talvez, porque a angústia dessa situação foi tão destruidora e, em tese, reage lacrando de modo irremediável o seu ventre para novas gestações. E, por extensão, cria os germes da sensação de vida insuportável, que a arrastariam ao túmulo no verdor de seus trinta e três anos. A incapacidade de nutrir o desenvolvimento da filha, que lhe parecia agora grotesca figura, estendeu-se, subliminarmente, à sua própria existência, intumescendo-lhe o órgão encarregado de alimentar tão esperada filha: a mama. Não se sobrevive a tamanho desgosto! Ele é maior que a soma centuplicada de todas as alegrias. Ao extinguir-se o anelo no qual a paciente se transmutara, prenhe de incontido afeto, extermina-se a si mesma. Primeiro, obstruindo as suas próprias trompas e, depois, incompatibilizando-se com esta vida intolerável. O câncer expressa, a um só tempo, o empenho ardoroso e o insucesso cruciante no intento de alentar a adorada pequenina. Desse sonho sem freios, da expectativa encantadora de congraçar ao próprio destino o enlevo de um filho a quem se ama estremecidamente, antes mesmo de

conhecê-lo, entenece-nos a poesia de Toquinho e Vinicius de Moraes, na interpretação dos próprios autores:

(<https://www.youtube.com/watch?v=oXenCC2jFg0>)

O FILHO QUE EU QUERO TER

*É comum a gente sonhar, eu sei
Quando vem o entardecer
Pois eu também dei de sonhar
Um sonho lindo de morrer.*

*Vejo um berço e nele eu me debruçar
Com o pranto a me correr.
E assim chorando acalantar
O filho que eu quero ter.*

*Dorme meu pequenininho,
Dorme que a noite já vem.
Teu pai está muito sozinho
De tanto amor que ele tem.*

*De repente o vejo se transformar
Num menino igual a mim
Que vem correndo me beijar,*

*Quando eu chegar lá de onde vim.
Um menino sempre a me perguntar
Um por quê que não tem fim.*

*Um filho a quem só queira bem
E a quem só diga que sim.*

*Dorme menino levado,
Dorme que a vida já vem.
Teu pai está muito cansado
De tanta dor que ele tem.*

*Quando a Vida enfim me quiser levar
Pelo tanto que me deu
Sentir-lhe a barba me roçar
No derradeiro beijo seu.*

*E ao sentir também sua mão vedar
Meu olhar dos olhos seus
Ouvir-lhe a voz a me embalar
Num acalanto de adeus...*

*Dorme meu pai, sem cuidado.
Dorme que ao entardecer
Teu filho sonha acordado
Com o filho que ele quer ter...*

7.2 TIPO PROGRESSIVO

Recorda-se na **Figura 7**, abaixo, as principais características do Tipo **Progressivo** – *prognóstico moderadamente desfavorável*, extraídas do texto **Tipos Prognósticos**, descrito na Metodologia:

Figura 7 – Tipo progressivo – elementos prognósticos

Compara-se a seguir, as respostas dos três pacientes do grupo às nove questões, começando pelas duas que suscitaram dados mais significativos para a análise do caso.

FSN, 63 anos, viúvo.

Escore Prognóstico: 4,2

Diagnóstico: hepatocarcinoma, metástase pulmonar e prostática, cirrose hepática.

Situação mais difícil: *vida cheia de altos e baixos, tava ganhando bem, já estava com família... achava que estava com a mulher certa, no entanto ela me traindo... separação, desmoronou tudo, voltei a beber... Usei outra droga por pouco tempo. Maconha, cocaína – fumando. Usei merla. Depois ela voltou. Me dê mais uma chance, vou provar que sou outra pessoa. Entra! Aconteceu [a traição] a primeira, a segunda, a terceira vez. Aí foi só fracasso. Aí vinha o boato: ela está saindo com fulano de tal. O amor cega, ninguém vê... foi um erro muito grande. Separou, não deu certo... O que numa conversa não chegou num acordo,*

acabou. Esse chifre que peguei mexeu tanto com o meu emocional. Foi meu maior erro. Eu tirei a vida dela. Fiz um flagrante e tirei a vida dela. Cumpri pena [1 ano]. Fui julgado. Não cheguei a passar um ano na penitenciária. Eu molhava a mão do oficial de justiça e ele dizia que não tinha me encontrado. Chegou num ponto que prescreveu. Isso faz uns 20 anos. Nunca mais eu fui ninguém. Nunca mais eu me encontrei na minha vida.

Principal Oportunidade: *Quando trabalhando bem, faturando bem. Tinha minha equipe boa, gente trabalhando comigo... as pessoas iam atrás de mim em casa... eu entrei para o AA [Alcoólatras Anônimos] – parei com bebida. Joguei futebol uma época. Cheguei a jogar em times bons. Voltei a trabalhar. Credibilidade. Um serviço após o outro. Foi quando arranjei a mulher. Quando você está bem, as portas se abrem. Quando caí no fracasso... com a separação, voltei a beber. Moro numa casa – de herança. Num quarto pequenininho.*

Comentário: Observe-se que o relacionamento conjugal de FSN evoluiu dessa forma: demorada, piorando aos poucos, até o desfecho violento e fatal. Estava tudo bem, em geral, mas não o suficiente para ele se resolver no íntimo e se desvencilhar do fracasso conjugal. Ele mesmo reconhece que deveria ter interrompido o processo, mas não dispôs da determinação necessária. FSN aceitou a esposa de volta em casa, após repetidas traições, até que armou o flagrante e a assassinou. A esse paciente aplica-se, em especial, o conceito de Tipos Prognósticos: *Alega diversas razões para não mudar sua ocupação ou para não romper a união afetiva infeliz e adulterada, e vive num clima em que se sente angustiado e oprimido. Pergunta-se a si mesmo como a sua existência chegou àquele ponto de frustração e decaimento. E o pior de tudo: não vê saída, o que o mortifica e deprime mais ainda.* Além disso, FSN não conseguiu transformar o sucesso profissional num alicerce suficiente para a renovação de estado de espírito e acaba por deteriorar-se por completo. O fracasso numa área da existência contamina todo o conjunto pela falta de defesas contra o dano. Extraí-se do texto Tipos Prognósticos a seguinte afirmativa: *Alguns indivíduos cursam rota de agravação discreta de seus problemas psicológicos. Transmutam as oportunidades de crescimento pessoal em processos desgastantes e arrastados, ou degeneram os relacionamentos afetivos em fonte de atritos intensos e duradouros.*

FABS, 59 anos, separado

Escore Prognóstico: 4,0.

Diagnóstico: hepatocarcinoma.

Situação mais difícil: *na época que separei da mulher. Perdi o dinheiro. Fiquei sem nada. Ficar com os filhos, ninguém sabia onde ela estava, eu tinha que mentir para as crianças. Tive que levantar a cabeça para não fazer besteira. Onde eu iria repor a minha posição? Depois disse que ela tinha ido embora. Para não mentir mais para os filhos. Depois deixei com a minha irmã. Meu negócio era bebida [alcoolismo]. Tomava minha cerveja e depois ia pra casa. Às vezes, fim de semana também, de sexta a domingo. Eu não ficava bêbado. Ia de um boteco para outro, quando o primeiro fechava.*

Principal oportunidade: *Ganhava dinheiro fácil e nunca fui ambicioso. Eu ganhava muito e ajudei a família. Viajei muito. ...se o sócio não tivesse me roubado. Era muito dinheiro que a empresa me devia. Eu tinha projeto para isso. Eu ia colocar empresa de limpeza. Não existia licitação. Recebi tudo aos pouquinhos. Era a chance de eu ter crescido! Se eu matar o cara, eu vou preso. Aí vou gastar o resto do dinheiro que tenho e com a consciência pesada de ter tirado um homem. E ter que explicar isso para os meus filhos e ouvir deles que eu deveria ter esperado. Larguei de mão. Simplesmente perdi.*

Óbito três meses depois da entrevista.

Comentário: toma-se do texto Tipos Prognósticos a assertiva: *Têm o hábito de acusar as circunstâncias, os outros e o destino por falhas que os aborrecem; exaltam-se por supostos prejuízos que isso lhes acarreta e reivindicam reparações.* Ressalve-se que o paciente lidou, de fato, com prejuízos reais e não imaginários. Contudo, ele não se centra em si mesmo, não examina as prováveis origens nem sua eventual contribuição para a perda financeira, fixando-se no risco que correu de quase matar o sócio. Supõe-se que o desenlace não surgiu de supetão, ao contrário, derivou-se de uma série de desentendimentos que deterioraram pouco a pouco a relação entre os proprietários da empresa. Além disso, ele recebeu *tudo aos pouquinhos*, e cada parcela deve ter correspondido a uma renovada mortificação, a qual concorreu para o progresso lento no sentido de estruturar a lesão cancerosa.

FABO, 32 anos, casado, carpinteiro.

Escore Prognóstico: 3,7

Diagnóstico: hepatocarcinoma.

Situação mais difícil: *ir atrás de trabalho e não encontrar... filhos com fome em casa e mulher começar a chorar... ser traído pela mulher...* De acordo com a atual esposa, quando o paciente *voltou do trabalho, ela [ex-esposa] já tinha ido embora com outro homem. Ele foi atrás, implorar para ela voltar e ela não quis. Às vezes, dormia na beira da casa dela.*

Queria entrar para dormir lá onde ela estava, mas ela não abria. Hoje eles se conversam – ela anda pela minha casa e ele na casa dela.

Antes ele bebia muito. Ele fumou droga. Eu que tirei ele do poço. Usava droga mesmo. Era crack. Quando conheci ele, tinha parado fazia um ano. Depois caiu na vida de novo.

Principal oportunidade: *Trabalhar muito para conseguir uma casa que tenho hoje. Graças a Deus, que Deus me deu. Demorou uns 5 anos. Lutando por ela.*

Comentário: talvez adquirir casa própria seja muito pouco como realização pessoal, embora elemento de valor inestimável. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea, *a aquisição da casa própria possibilita mudanças socioeconômicas sustentáveis, pois se assenta na aquisição de um bem que tem sido valorizado cada vez mais*¹³. Cabe indagar, porém, até que ponto isso promove satisfação duradoura ou intensa consigo mesmo, a ponto de contrabalançar as frustrações e o respectivo rosário de consequências. No caso desse paciente, os desdobramentos evidenciam que tal gratificação não neutralizou suas perdas e fracassos.

Retira-se de Tipos Prognósticos uma frase que se ajusta à situação do paciente: *As situações conflituosas ou adversas adquirem contornos graves devido à sua inconformação, repleta de queixas, cobranças e autojustificativas.* O uso de drogas pesadas reflete a desestruturação íntima de FABO. O derradeiro quadro dessa trilha retrata a sua inconformação quanto à sua própria vida. Exprime sua recusa às circunstâncias, numa linguagem acintosa. Ele perambula. Torna-se indigno de confiança no tocante aos seus compromissos. A primeira esposa não lhe suportou a convivência. Qualquer relacionamento pode entrar em crise e se desmanchar, contudo, de maneira súbita e sem o menor aviso, faz admitir que o paciente perdera toda a consideração por parte da companheira.

Óbito: seis dias após a entrevista.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS – baseadas nas demais respostas:

Tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico

FSN: Pelo menos 9 meses e pouco...

Sempre saí aos trancos e barrancos. Peguei a hepatite – um tempão fazendo tratamento. Ribavirina e Interferon. Os efeitos colaterais são horríveis. Fiz exame que passa gel na barriga. De 2 em 2 anos. (...) Oito meses depois comecei com dores terríveis. De

¹³http://www.ipea.gov.br/desafios/index.php?option=com_content&view=article&id=3027:catid=28&Itemid=23

gritar de dor. Fiz exame. Ela disse que tinha um nódulo. Dois nódulos. Ela pediu outro exame. A assistente social disse que eram 4 nódulos.

FABS: Um ano ou mais...

Eu era portador da hepatite C. Ela foi negatizada. Não deu mais nada. Eu bebia, mesmo sabendo da hepatite. Parei porque pressão ficou muito alta. Já sabia que eu estava com aquele nodulozinho (...). Enquanto estava bebendo a dor melhorava – a bebida anestesia. Dor no fígado – desde uns três anos atrás.

FABO: Pelo menos seis meses.

...fez Ultrassom (US) em abril porque começou a ficar tonto. Foi diagnosticado gastrite. Sentia febre dentro dele. Boca amarga. Ultrassom (US) não deu nada. Um mês depois, sentindo muito mal. Fez outro US aí acusou caroço no fígado.

Comentário: o paciente FABO apresentou o menor período, seis meses, teve malária quinze vezes antes do hepatocarcinoma, sugerindo a pré-existência de alguma vulnerabilidade no fígado. FABS continuou bebendo, mesmo com o diagnóstico de hepatite. Sentiu dor no fígado durante três anos até a tomografia revelar o câncer. FSN lidou com dores excessivas devido a efeitos colaterais de medicamentos químicos.

O texto Tipos Prognósticos caracteriza a modalidade Progressivo deste modo: *A enfermidade associada a tal trajetória de vida costuma apresentar-se com tendência não só à cronificação – pela paralisia nas dificuldades e conflitos – mas, também à piora espontânea, coerentemente ao fato do indivíduo intensificar seus problemas e desacertos.* Em todos eles, a evolução foi crônica, porém crescente, seja pela agressão do álcool num fígado já debilitado pela hepatite, seja pela recidiva da malária.

A doença tem relação com:

FSN: *começou com outros sintomas e acabou virando câncer. Foi a hepatite, o álcool e o cigarro. Usei outra droga por pouco tempo. Maconha, cocaína – fumando. Só quando bebia. Se fumava, eu bebia. Usei merla.*

FABS: *Depois do expediente, eu bebia. Tomava minha cerveja e depois ia pra casa. Às vezes, fim de semana também, de sexta a domingo. Eu não ficava bêbado. Ia de um boteco para outro, quando o primeiro fechava.*

FABO: *preocupação, água empoçada [onde trabalhava].*

Comentário: há certa progressividade na atribuição da causa: eles veem a doença decorrente de hábitos nocivos; depois, admitem a influência do álcool e alimentação e, finalmente, do fator emocional. O olhar desconecta cada vez mais da doença orgânica até

alcançar o psicológico. Conceber a atual doença proveniente de algum sintoma ou enfermidade anterior é mera tautologia. Exceto que se pretenda dizer que a primeira servia de preâmbulo à presente, e que ambas formam um *continuum*, expressando uma mesma essência: o sujeito. Nesse caso, não é raro que a pessoa tome a alteração de saúde como advertência e, além de demandar cuidados profissionais, também muda comportamentos considerados perniciosos. Do contrário, significa sustentar que o cinco é o cinco porque vem depois do quatro. Ora, ainda que após o quatro venha uma infinidade de outros, a exemplo do quatro e um centésimo de milionésimo, o cinco fatalmente advirá. Por que em seguida à hepatite e à série de malárias não surgiu uma cirrose e sim um câncer? Deve existir um nexo, em tese, ligando a doença e o temperamento do sujeito e o seu percurso de vida.

O que você pensa sobre a sua cura:

FSN: *improvável, sem chance... meu caso não tem solução. A doença se expandiu demais; se alastrou. Não tive o tratamento necessário.*

FABS: *provável, tenho esperança e fé que acontecerá. Creio em nome de Jesus que vou ficar bom... creio que é segura. Deus está comigo.*

FABO: *eu curo! Porque eu curo... com os poderes de Jesus, eu curo ela.*

Comentário: observa-se a prepotência de FABO, a crença pouco consistente de FABS e o realismo da irreversibilidade do quadro em FSN.

Compare-se com o texto Tipos Prognósticos: *...a história que revela piora progressiva, na linha do tempo – seja de distúrbios orgânicos importantes ou características psicológicas proeminentes – denuncia reduzida ou escassa chance de cura.* Os três pacientes deste grupo foram entrevistados em fase avançada da doença, sendo que FABO veio a óbito 6 dias depois, FABS, 3 meses e FSN, era eminente.

Como era a sua vida quando criança:

FSN: *...família humilde. Nasci no seringal¹⁴. Com 11 anos fui para a cidade. Ajudei meu pai no seringal. Fiz de tudo. Pai separou da mãe – aos 10 anos de idade do paciente.*

¹⁴ O **seringal** era a unidade produtiva e social da economia da borracha. Constituía na posse de uma imensa área de terra. (...) *O Seringueiro* provinha das camadas mais baixas da população e compunha a principal força de trabalho. Vivia sob um regime de semiescravidão de barracão, preso por um sistema de endividamento, do qual, dificilmente conseguia se livrar. Sob uma dura vida na selva o seringueiro enfrentava a subnutrição, as doenças letais, o desconforto das barracas miseráveis e a imensa ganância dos coronéis (...) enfim, toda a sorte de opressão, e condenado ao isolamento nos confins da Selva, definhava no abandono.

(<http://dicionarioinformal.com.br/seringal/>).

Nós éramos dez irmãos. Paciente era o mais velho. Sempre tive vida sofrida. Tinha que batalhar – engraxeí sapato, vendi picolé. Lutei pela sobrevivência.

FABS: *Boa, tranquila. Nunca passei necessidade. ...meu pai foi criado no seringal, cortando seringa desde 8 anos. Tirava a gente da escola para ir trabalhar na seringa. Comecei a estudar com 14 anos – aos 18 anos terminei o primário.*

FABO: *Atual esposa: Mãe dele diz que foi muito doente quando criança. De quando criança, não se lembra. Mãe, pai – 5 irmãos e 4 irmãs – não conheceu o pai, que morreu quando paciente era muito pequeno.*

Comentário: os três passaram por grandes dificuldades, mas FABO comparativamente aos outros dois, não teve a experiência de trabalhar com o pai no seringal. Conquanto dura, proporciona o convívio com a figura paterna, com vantagens e desvantagens, dependendo de cada caso. Sua mãe ficou viúva com 9 filhos, provavelmente todos ainda na infância ou, na melhor hipótese, um ou dois iniciando a adolescência. O esquecimento desse período denota – até prova contrária – sofrimento deletério ou traumático, apagado da memória por mecanismo de defesa. Em tese, isso teria relação com a carência afetiva que levou o paciente ao triste desempenho de mendigar o retorno da esposa para o lar, quando já havia se transferido, repentina e silenciosamente para a casa de seu novo parceiro.

O que você acha que a sua vida, depois que se tornou adulto até hoje:

FSN: *...cheia de altos e baixos. Quando comecei a trabalhar como adulto e me profissionalizei, as pessoas vinham atrás de mim. Eu tinha comércio e estava com a mulher que eu gosto. De vento em popa. Vendia bem. Dinheiro não pode sair com facilidade. Não me preparei emocionalmente. Para a porrada da separação. Me ferrei foi aí. Se eu tivesse mandado ela embora, não ia me faltar quem me quisesse. Já estava estruturado, com o nome feito, casa toda mobiliada, preparado para comprar um carrinho.*

FABS: *Casei cedo. Não era meus planos, mas... Mãe fez gosto. Não quero dizer que mãe é culpada de eu ter dado esse passo. Depois que me tornei adulto, tive bastante oportunidade. Alcancei muitas amizades, passei em 11 estados, 3 no exterior. ...se chegar o meu dia hoje, eu parto com Deus... o que fiz não foi para mim... ajudei muita gente, foi Deus que me deu oportunidade.*

FABO: *boa, muito boa... trago as coisas para minha mulher.*

Atual esposa: Às vezes, saía e passava semana fora de casa. Batiam nele; ficava cortado. Judiavam dele. Vinha para casa pelas mãos dos outros. Ficou com roxo, inchado,

na cabeça mais de mês devido pancada. Diz o texto Tipos Prognósticos: Reverter a tendência à exacerbação que se consolidou tanto no corpo como no emocional traduz enorme desafio.

Comentário: quanto a FSN e FABS, a história de ambos mostra grande ascensão social. FSN não se manteve no padrão alcançado e tudo indica que o fracasso se deve à sua atitude perante as repetidas traições da esposa. Não teve outro relacionamento devido ao medo de ser traído de novo. FABS, aparentemente, reagiu bem ao abandono da esposa, mas voltou a fracassar na tentativa do segundo casamento e também não sustentou a condição socioeconômica devido ao prejuízo tomado. FABO não teve realização pessoal, drogou-se e mostrou baixíssima autoestima quando a esposa o abandonou.

Você já sentiu alguma coisa que você não queria sentir ou já teve algum impulso que você não queria ter ou, ainda, tomou alguma decisão importante em dúvida ou contra a própria vontade?

FSN: *Várias. É vacilar... Meu Deus, não era para ter feito esse tipo de coisas... coisas erradas. Na vida a gente comete muitos erros. Esse erro eu não vou mais cometer.*

FABS: *Não. Fui muito seguro, firme nas decisões. Nunca agi... sem pensar o que ia fazer. Sempre analisei. O que fiz foi sempre consciente. Não ponho o casamento no meio, porque é loteria. Como você vai adivinhar que o seu casamento não vai dar bem?!*

FABO: nega todos os itens da pergunta.

Atual esposa diz que o paciente *ficava aperreado, dizia coisas que se arrependia e depois se desculpava.*

Comentário: FSN tem consciência de seu arrependimento, ao passo que FABO ignora ou nega em função, provavelmente, de seu estado de fraqueza. FABS nega atitude impulsiva ou contra a própria vontade, no entanto, acredita que *casamento é loteria*, mostrando a couraça que o impede de confrontar-se com a sua [provável] cota de responsabilidade pelo abandono repentino da esposa. O mais interessante, porém, na comparação de seus sentimentos com a conduta da célula cancerosa é a aparente autonomia que a afeição doentia adquire, fugindo ao controle da pessoa. Retoma-se esse item nas Considerações Preliminares poucas páginas abaixo.

Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?

FSN: *Ah, já... tem coisas que a gente vê ou finge que não vê. Não minto à toa... pais não tinham instrução, mas diziam: não minta em nenhuma circunstância.*

FABS: *Não, sempre fui sincero e claro. Fui bastante enganado, mas não enganei ninguém. Chegava e dizia quem eu era, minhas intenções. Deixei tudo claro. Nunca enganei, nunca.*

FABO: *Pra quem? Já. Eu tô é cansado. Não prejudicou ninguém. Só uma vez.*

Comentário: FABO talvez tenha sido transparente em excesso, pois ficou a descoberto de modo humilhante quando a esposa o abandonou, de súbito. FSN não se recorda aqui de sua falsidade, armando flagrante para a traição de sua esposa, levando-o a cometer o assassinato. FABS informa que sempre se postou com sinceridade.

Reúne-se no **Quadro 7**, abaixo, os dados mais relevantes do Tipo Progressivo. E, logo em seguida, a **Figura 8** exhibe os fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do Tipo Progressivo.

Quadro 7 – Síntese das entrevistas do tipo progressivo

QUESTÕES	FSN	FABS	FABO
Como você lidou com a situação mais difícil de sua vida?	<i>Esse chifre que peguei mexeu tanto com o meu emocional. Foi meu maior erro. Eu tirei a vida dela. Fiz um flagrante e tirei a vida dela. Cumpri pena.</i>	<i>Separei da mulher. Perdi o dinheiro. Fiquei sem nada. Ficar com os filhos, ninguém sabia onde ela estava, eu tinha que mentir para as crianças.</i>	<i>Quando o paciente voltou do trabalho, ela [ex-esposa] já tinha ido embora com outro. Ele foi atrás, implorar para ela voltar e ela não quis. Às vezes, dormia na beira da casa dela.</i>
Como foi seu aproveitamento diante da principal oportunidade	<i>Quando trabalhando bem, faturando bem. Tinha minha equipe boa, gente trabalhando comigo... eu parei com bebida. Joguei futebol em times bons.</i>	<i>...se o sócio não tivesse me roubado. Era muito dinheiro que a empresa me devia. Recebi tudo aos pouquinhos. Era a chance de eu ter crescido! Se eu matar o cara, eu vou preso.</i>	<i>Trabalhei muito para conseguir uma casa que tenho hoje. Graças a Deus, que Deus me deu. Demorei uns 5 anos, lutando por ela.</i>
Tempo entre os sintomas e diagnóstico	<i>Em torno de 9 meses</i>	<i>Um ano ou mais – (três anos?)</i>	<i>6 meses</i>
A doença tem relação com	<i>Hepatite e bebida?</i>	<i>Bebida. Hepatite. Alimentava pouco</i>	<i>Preocupação</i>
O que você acha de sua cura	<i>Essa doença vai de mal a pior</i>	<i>Creio em nome de Jesus que vou ficar bem</i>	<i>Eu curo... Jesus cura!</i>
Como era sua vida quando criança e adolescente	<i>Infância pobre. Pais separados, 10 irmãos; era o mais velho.</i>	<i>Boa, nunca passei necessidade. Trabalhava na seringa. Comecei a estudar com 14 anos.</i>	<i>Muito boa. Mãe dele diz que foi muito doente quando criança.</i>
O que você acha de sua vida quando se tornou adulto	<i>Cheia de altos e baixos. Eu tinha comércio e estava com a mulher que eu gosto.</i>	<i>Casei cedo. Passei em 11 estados, 3 no exterior. Tive bastante oportunidades</i>	<i>Muito boa. Às vezes, saía e passava semana fora de casa. Batiam nele; ficava cortado. Judiavam dele.</i>
Você já sentiu algo, ou teve impulso ou tomou decisão importante que não queria ou contra sua vontade?	<i>Várias. É vacilar... Meu Deus, não era para ter feito esse tipo de coisas... coisas erradas. Na vida a gente comete muitos erros.</i>	<i>Não. Fui muito seguro, firme nas decisões. Nunca agi... sem pensar o que ia fazer. Sempre analisei. O que fiz foi sempre consciente. Não ponho o casamento no meio, porque é loteria.</i>	<i>Ficava aperreado, dizia coisas que se arrependia e depois se desculpava.</i>
Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?	<i>Ah, já... tem coisas que a gente vê ou finge que não vê. Não minto à toa... pais não tinham instrução, mas diziam: não minta em nenhuma circunstância.</i>	<i>Não, sempre fui sincero e claro. ...não enganei ninguém. Chegava e dizia quem eu era, minhas intenções. Deixei tudo claro. Nunca enganei, nunca.</i>	<i>Pra quem? Já. Eu tô é cansado. Não prejudiquei ninguém. Só uma vez.</i>

Figura 8 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo progressivo

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

O reducionismo médico não proporciona ao paciente qualquer reflexão acerca do possível nexos entre o que ele faz consigo mesmo e com sua vida e os sinais disso em seu corpo. Quando a hepatite ou a malária são vistas somente como doenças do fígado, o indivíduo permanece alheio ao processo, portanto, não responsabilizado. Julga-se, então, no direito de permanecer com suas percepções, sentimentos e atitudes inalterados. Contudo, se lhe informassem que existe a hipótese de que o emocional se manifesta também no físico, seja na saúde ou na enfermidade, muitos pacientes buscariam efetuar mudanças salutares em seu próprio psiquismo. Tratar a doença como se fosse desvinculada da trajetória de vida do sujeito contribui para o malogro da terapêutica e, conseqüentemente, recaídas e/ou piora do

quadro clínico. Analise-se a citação retirada de Tipos Prognósticos: *Mas, existe também o risco de uma intervenção de caráter radical – geralmente de cunho reducionista – malograr-se e o reaparecimento do quadro suceder pouco tempo depois, seja inalterado ou pior, dependendo do ‘quantum’ de enfermidade que ainda havia por se exteriorizar, salvo raros casos em que o paciente refaz seu entendimento e postura diante das situações e das pessoas, e não se permite a autodestruição no remorso ou na menos-valia.*

A dificuldade para se lidar com a agravação lenta, porém contínua de um processo, fica patente no seguinte registro: *A presença de sentimentos ambíguos frente à morte de um filho e a sensação de impotência são relatadas por 100 % dos cuidadores de crianças com doenças crônicas de progressão lenta* (ROSA e RIZZO Di LIONE, 2009, p. 175). Daí pode-se inferir que em determinadas conjunturas, ao se sentir enclausurado nas teias de vínculos afetivos ou de sua ruptura traumática, e vendo-se dominado por angústia cada dia mais opressiva, o sujeito finde por arrojar-se num gesto violento ou desesperado.

A questão inicial para se analisar surge na gradação da causa atribuída pelos pacientes ao câncer: primeiro, a alguma doença prévia juntamente com hábitos nocivos; depois, à ingestão de álcool e alimentação inadequada e, finalmente, ao fator emocional. O olhar desconecta-se cada vez mais da doença orgânica até alcançar o psicológico. Esperava-se que a consciência da participação do fator psíquico redundasse em prognose mais favorável, o que não ocorreu. Ao contrário, o paciente FABO, que acusa a *preocupação* como fator causal, morreu aos 32 anos de idade, ao passo que FABS aos 59, e FSN, provavelmente, aos 63, tendo em vista o avançado estágio de caquexia que ele se encontrava e as várias metástases: *Pesava 52 kg e estou com 35*. Entretanto, a preocupação deve ter preenchido um posto muito secundário na galeria de problemas e carências de FABO.

Comparando-os, nota-se que FABS lidou relativamente melhor com o abandono da esposa e reagiu com mais firmeza, mantendo-se com os dois filhos no hotel, durante a semana em que terminava o trabalho e apenas, em seguida, regressou para onde residia. Contudo, o prejuízo que um de seus sócios lhe impingiu quase o levou a cometer assassinato. Aparentemente, o receio da opinião, no futuro, por parte dos filhos salvou-o do gesto extremo. Depreende-se que o afeto pelos filhos protegeu-o de modo decisivo.

De forma geral, FABS relatou grande empenho em construir um novo relacionamento – catorze anos após o primeiro – dando informação inclusive do custo financeiro disso. FABO fez o mesmo, quatro anos depois da derrocada do anterior, mas teve recaída nas drogas e a segunda esposa cuidou com fervor religioso pela sua recuperação; a nova incorrência, porém, atesta que ele não se sentia feliz com a vida. Aqui cabe refletir sobre as

vantagens da pessoa centrar-se em si mesma, gratificando-se pela tentativa sincera e empenhada, e libertar-se do resultado. Entretanto, a maioria transforma o novo insucesso em amarga e duradoura frustração.

Semelhante aos demais componentes do grupo, FSN também veio de família humilde. Passou a infância no seringal, onde ajudava o pai no trabalho. Com 11 anos foi para a cidade. Pais separam-se, quando tinha dez anos de idade, sendo ele o mais velho de dez irmãos. Teve que batalhar – engraxou sapato, vendeu picolé – lutando pela subsistência. Ascendeu socialmente, jogou futebol em bons times, além de liderar uma equipe de trabalho, atingindo renda expressiva. Casou-se com a mulher que gostava e *as portas se abriam* para ele.

O fracasso na relação afetiva dos três pacientes foi acompanhado de queda no aspecto profissional, sendo que FABO nem chegou a usufruir do prazer de ascender na escala social, como os demais. FSN e FABS gozaram de prestígio, sendo que o primeiro morou numa metrópole da região durante onze anos, e o último gabou-se de viajar muito e conhecer diversos lugares. É possível que o êxito profissional representou importante alívio em suas dores e frustrações. FSN disse ocupar um pequeno quartinho na casa que herdara juntamente com irmãos, porém a que morava com ele, agia como única proprietária. O texto Tipos Prognósticos propõe que *...então, recompondo a esperança, restabelece seus relacionamentos enfermiços, arejando-os com gratidão, afeto e sinceridade*. Todavia, o reconhecimento social não foi suficiente para os dois, já que FABS não foi capaz de encerrar a segunda tentativa conjugal em paz íntima, e FSN terminou a sua turbulenta primeira união em tragédia.

Contudo, descobriu-se traído pela esposa. Depois da separação não confiou em mais ninguém e voltou a beber. Vale recordar que durante a juventude viveu uma fase de muita bebida e uso de drogas, inclusive merla. Afirma que perdoou a esposa uma, duas, três vezes. Até que o avisaram de nova traição. Armou o flagrante e matou-a. Cumpriu pena de um ano. Paciente não reconstruiu sua vida afetiva nem recompôs o êxito profissional. *Nunca mais eu fui ninguém. Nunca mais eu me encontrei na minha vida*. Compare-se com o texto Tipos Prognósticos: *...a história que revela piora progressiva, na linha do tempo – seja de distúrbios orgânicos importantes ou características psicológicas proeminentes – denuncia reduzida ou escassa chance de cura*. Como ele, muita gente ignora que se enrodilhou num relacionamento doentio e, quando não é capaz de curá-lo, torna-se indispensável dar à convivência o benefício da eutanásia, do contrário o final pode ser sinistro, lúgubre. Comparando a semelhança da história afetiva dos três, é quase impossível não se interrogar se existe algum nexo profundo com o fato de ambos terem desenvolvido hepatocarcinoma.

Aparentemente, amor e ódio em FSN, amor e talvez indiferença em FABS, e amor e dependência em FABO, simultânea ou alternadamente em cada paciente, corresponderiam aos ingredientes mais profundos da neoplasia.

Tudo indica que a realização pessoal erigiu-se fator de proteção, pois a morte de FABO ocorreu com o equivalente ao meio (cinquenta por cento) da idade dos outros dois. Embora tanto o álcool como as drogas ilícitas abundem nos três casos, FABO entregou-se tão intensamente que foi vítima de violência durante o uso de substâncias. A sua história de vida, tecida pela sua atual esposa, relata a orfandade precoce a ponto de não se lembrar do próprio pai. É possível que a sua carência afetiva tenha se transformado em vulnerabilidade às drogas e em inépcia para manter seu relacionamento com a primeira esposa. Seu estado de fraqueza excessivo permite indagar se não terá sido esse o seu quadro existencial, desde os tenros anos, intensificando-se progressivamente até exteriorizar-se por completo. Nos dias que antecederam a sua morte, FABO falava com esforço e precisava de apoio para todas as necessidades. Quando o estado de organização atinge esse nível de precariedade, pouco se pode fazer pela reconquista do bem-estar global do paciente. Ele não tem energia para trabalhar suas questões psicológicas. Tudo se resume a cuidar das graves deficiências do corpo.

Coteje-se a debilidade de FABO com FSN que, aos 63 anos de idade, com hepatocarcinoma e várias metástases, convidou este pesquisador para caminharem cerca de três quadras a fim de se sentarem à mesa de um restaurante – de seus familiares –, onde o paciente costumava fazer refeições. Depois da lenta caminhada, apesar de caquético, revelou energia para uma longa narrativa, finalizada com a confissão do assassinato da própria esposa. Se, por um lado, faltou-lhe força para dar um basta no infeliz relacionamento conjugal, pelo outro, sobrou-lhe vigor que, descontrolado, gerou o impulso homicida.

Os três pacientes selecionados no grupo Tipo Progressivo (prognóstico *moderadamente desfavorável*) viveram experiências comuns em alguns pontos importantes: dois deles tiveram nítida ascensão socioeconômica; todos os três experimentaram ruptura traumática do relacionamento conjugal, sendo que com FSN ocorreram sucessivas traições, separações e recomposição; com FABS e FABO houve abandono repentino pelas respectivas esposas, e o primeiro não teve sequer a possibilidade de saber o destino dela.

Se o mesmo desgosto não coube a FABO, em contrapartida, o conhecimento do local onde a esposa se encontrava com outro homem, deu-lhe azo de se mostrar absolutamente incapaz de lidar com o fato, implorando para que ela regressasse ao lar e dormindo na *beira* da casa onde ela se encontrava. Se há sofrimento superlativo no gesto, vê-se, igualmente,

absoluta perda de si mesmo. Sua dignidade, que tem a ver com o respeito pelo próprio valor, esvaiu-se. Queria agredi-la e, ao mesmo tempo, que voltasse para ele. Sua reação não tem como ser mais infantil, expondo sua dependência aguda da mulher amada. Ela representava o seu reservatório particular de *crack* ambulante. Não se peja do papel patético que o ridiculizaria, não fosse a sua dor pungente a inspirar compaixão, mesmo na criatura mais empedernida e cruel. Frágil como flor arrebatada da haste pela fúria do vento, clama por migalha de afeição. É certo que não a merece, enodado da lama das drogas até os fios de cabelo. Em sua miséria existencial nada mais tem a perder. Pode rebaixar-se, atirar-se ao chão sem atinar a mínima importância com a oprimente humilhação. O silêncio da esposa sugere que ela talvez tenha se cansado das promessas de emenda e de ver o companheiro vencido, exânime pela sujeição à sua perversa concorrente. É possível também imaginar a sua agonia, dentro daquelas paredes que a impediam de ver a cena em toda a extensão.

Há nesse paciente amálgama de imaturidade e inconsistência de valores morais. Questiona-se até que ponto o meio familiar e social cooperaram para tanto desamparo. Algum ser humano o terá acariciado com ternura, em sua infância, aconselhando-o com palavras doces e sensatas a respeito das peijas e encruzilhadas do mundo? É muito provável que aquela namorada, depois consorte fugitiva, tenha sido a sua primeira experiência de ser querido. Teria em qualquer momento, precedente àquele glorioso dia de conhecê-la, recebido olhar semelhante, que o envolvesse em carinho inesquecível? Alguém já o beijara alguma vez antes? Nada trazia nele próprio, tampouco possuía alguma preciosa herdade, e a esposa entesourava todas as suas esperanças. Não vislumbrava outra fonte, na qual haurisse forças para enfrentar o cotidiano. Jamais cogitara na premência de desenvolver um centro em si mesmo. Como sobreviver sem ela? Seu desespero patenteava que, a partir do abandono da mulher eleita, haveria de prosseguir morto-vivo, entregue a sua própria inelutável desvalia. A dedicação da segunda esposa, aparentemente, não sanou a chaga profunda que lhe corroía o ânimo.

A sensibilidade do músico e compositor Adoniran Barbosa descreve o abandono ‘incomunicado’, por parte da companheira, de forma bastante simples, admirável e comovente:

(https://www.youtube.com/watch?v=z_Gp_3YbcDU)

APAGA O FOGO, MANÉ

*Inez saiu dizendo que ia comprar um pavio
pro lampião
Pode me esperar Mané
Que eu já volto já*

*Acendi o fogão, botei a água pra esquentar
E fui pro portão
Só pra ver Inez chegar*

*Anoiteceu e ela não voltou
Fui pra rua feito louco
Pra saber o que aconteceu*

*Procurei na Central
Procurei no Hospital
e no xadrez
Andei a cidade inteira
E não encontrei Inez*

*Voltei pra casa triste demais
O que Inez me fez não se faz*

*E no chão bem perto do fogão
Encontrei um papel
Escrito assim:
– Pode apagar o fogo Mané
que eu não volto mais.*

7.3 TIPO ESTAGNADO

Recorda-se na **Fig. 11** abaixo, as principais características do **Estagnado** – *prognóstico incerto*, extraídas do texto **Tipos Prognósticos**, descrito na Metodologia:

Figura 9 – Tipo estagnado – elementos prognósticos

Compara-se a seguir, as respostas dos três pacientes do grupo às nove questões, começando pelas duas que suscitaram dados mais significativos para a análise do caso.

JAM, masculino, 60 anos, topógrafo, divorciado há 3 anos.

Escore Prognóstico: 3,3

Diagnóstico: câncer renal, recidiva na glândula suprarrenal contralateral.

Situação mais difícil: *Topógrafo só trabalha no verão e o que a gente guardava para a alimentação às vezes não era suficiente. Coloquei boteco de vender banana. Fiquei desempregado e trabalhei vendendo Avon. Não queria que faltasse o pão de cada dia em casa. Não pude dar bom estudo para os filhos, assistência. Eu ficava muito tempo fora de casa – até um ano fora. No outro serviço, eu não saía [sairia] nem um dia fora da cidade.*

Principal Oportunidade: *Única grande oportunidade sobre emprego. Duas vezes. Apareceu oportunidade no governo. Mas, eu não podia largar a firma que eu estava, para ir trabalhar para o governo. Chegaram a me oferecer para registrar o meu nome noutra emprego. Mas eu só largar um serviço depois que termino o que estou fazendo. Se tive aquele compromisso, eu não abandono para lhe deixar na mão. Era para estar num bom patamar, ganhando bem e aposentado. Órgão federal e eu não fui. Me sinto arrependido de não ter pego o serviço. Eu estava [estaria] com a família hoje mais estabelecida – estudos, moradia. O que ganhei deus, mas foi pouco.*

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Sou evangélico desde pequeno. Pais também eram. Andei desviado um tempo. Eu era muito vaidoso, namorador. Depois eu me arrependia. Acho que Deus está me castigando por essas maldades. Namorar com mulher casada, ou menina bem mais nova que eu. Não sei se mais alguma ficou gestante também. Me arrependo de não ter dado assistência para a criança.*

Eu evitei mulher fora, mas arrumei uma menina e virou relacionamento [não teve filho com essa]. O culpado foi eu mesmo. Depois separei dessa menina. Separei da mulher e depois da menina. Era muito nova pra mim, vi que não dava certo.

Comentário: JAM pensa que não prosperou na vida por causa do senso de compromisso para com a empresa que trabalhava, quando recebeu proposta de emprego em órgão federal. O arrependimento persiste. Todavia, sinal de contradição, agia contra os seus próprios princípios éticos ao se envolver com meninas bem mais novas ou mulheres casadas, motivo de acentuado remorso posterior. Até que ponto, questiona-se, o paciente recusou o emprego também porque aquele serviço não lhe proporcionava-lhe diversões que a vida em família privá-lo-ia? O texto Tipos Prognósticos afirma: *...a postura ética imprópria, de acordo com a sua consciência, persiste em sucessivas ocasiões e diferentes pessoas, demonstrando a paralisação no equívoco.* Tal engano suscitará grave conflito: uma das meninas novas engravidou; *durante uns meses, eu mandei dinheiro. Depois perdemos o contato. Não sei se mais alguma ficou gestante também.* É possível localizar-se aí a razão principal de seu arrependimento. Aparentemente, não toma consciência disso nem se move no sentido de reparar o prejuízo de sua filha. Seu conceito de família parece estreito ao legal. Não se refere a ela como filha, apenas *criança*. Prazer um tanto compulsivo, aliado a negligência pelos resultados que afetam profundamente as pessoas envolvidas desemboca em culpa amarga. *Acho que Deus está me castigando por essas maldades.*

MLGN, sexo feminino, 58 anos, relacionamento estável

Escore Prognóstico: 2,9

Diagnóstico: Câncer de ovário bilateral

Situação mais difícil: *a minha vida foi muito sofrida, o primeiro marido me batia sem eu merecer. Ele me deixou com 7 filhos dentro da casa da mãe dele. Ele mesmo veio me deixar na mãe dele. Foi embora e não voltou mais. Ele voltou para aonde a gente morava e ficou lá com a outra. Fui trabalhar. Sempre trabalhei muito. Era na agricultura. Trabalhava para um e outro. Na agricultura ou raspagem da mandioca. A mãe dele disse para eu arrumar outro marido e deixar os filhos com ela. Foi muito ruim ter os filhos e ter que me separar deles. Ele [ex-marido] mandou dizer [para a mãe] que queria vir tomar bênção, mas eu tava lá. A avó criou eles 12 ou 13 anos. Foi muito ruim. Eu chorava todos os dias. Mas, sem nada em casa, como é que você vai sobreviver?! Eu não tinha teto para morar. Estava na casa dela e fui obrigada a sair. O companheiro dizia: para de chorar, a culpa não é sua. Eu me culpava de mim mesmo. Se fosse outro? – diria para eu ficar na casa o tempo que quisesse. Fui fraca... pessoa deixa levar; não tem força para combater, reagir. Quem é guerreiro, reage. Um senhor queria me dar uma casa, mas o avô dos meus filhos não aceitou. A esposa dele vivia doente. Eu ajudava ela e não aceitava pagamento.*

Principal oportunidade: *Não sei responder. A coisa mais maravilhosa foi quando cheguei perto dos meus filhos... E me acho muito feliz porque moro perto deles. – 12-13 anos longe: mas nunca me esqueci. Sempre perguntava para alguém que ia lá. A estrada passou mais de 6 anos fechada. Só passava boiada. Da onde nós estava para “X”. Quando reabriu a estrada, eu disse para o marido [segundo] que eu ia. Abandonei tudo lá e vim. E disse ao marido: não sei se volto mais. Nunca mais voltei. Até hoje vivo perto dos meus filhos. Com muita honra e felicidade. Está com mais de 25 anos que estamos juntos. Filho já disse: nunca mais vamos viver longe uns dos outros.*

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Eu sempre pedia a Jesus que me curasse. Médico dos médicos. Ele podia curar qualquer tipo de pessoa. Já me disse: (Ele está pedindo que eu conte). Fiquei sozinha no quarto à noite. Eu ouvi uma voz chamando pelo meu nome: ‘Maria, não tenha medo. Você não vai por este tipo de doença. Você vai ser curada’. Mas, a voz sumiu porque as meninas chegaram. Dois dias depois, muita dor como se fosse ter filho. Pedi a Deus para me operar de uma vez. Saiu uma carne comprida e grossa pelas minhas partes. Dei descarga. Se Jesus me operou sozinha, é porque não era para ninguém mexer. É assim, com os médicos e a benção de Deus.*

Comentário: o marido batia na paciente, diz: *sem eu merecer*. Isso significa que ela admite situações em que a mulher mereça apanhar, o que revela a sua compreensão da relação a dois e, de certo modo, a sua autoestima, sem desmerecer a influência cultural, pois trata-se de acontecimento corriqueiro no Acre. Seu entendimento sobre a violência é coerente com a sua postura passiva diante da hostilidade dos sogros, induzindo-a a se casar com outro homem e deixar os filhos com eles. É possível que alguma pessoa se sentisse aliviada por encontrar quem assumisse as crianças, liberando-a para recomeçar a própria vida. Contudo, MLGN viveu a inaudita experiência com sofrimento atroz. Ficou longe dos filhos durante 12-13 anos, em parte porque a estrada permaneceu fechada longo período. Enfim, rompe com o segundo marido e vai ao encontro deles, com os quais se julga *com muita honra e felicidade*. Não há qualquer realização pessoal, nem cogita de alguma atividade profissional. Tudo gira em torno da manutenção e recomposição da família. A ausência de um eixo em si mesma torna-a vulnerável aos imprevistos complexos do núcleo afetivo. Tivesse um pouco de qualificação para o trabalho, talvez conseguisse atravessar a turbulência da separação, mantendo os sete filhos junto de si. Por outro lado, atravessa o tremendo infortúnio com resignação incomum e persevera nos seus objetivos, malgrado o desfecho lesivo que aceitou, em sua ingenuidade. A intervenção mística será abordada abaixo, bem como no capítulo Discussão.

TGO, feminino, 40 anos, separada, manicure, membro superior direito amputado.
Escore Prognóstico: 3,3

Diagnóstico: Osteossarcoma

Situação mais difícil: *Até hoje me arrependo do que fiz; marido me batia muito; tinha relação comigo na marra – me amarrava. O primeiro marido. Foi quando peguei a tesoura e dei 27 furadas nele. Eu costurando e ele me batia, me chutava. Não morreu. Quem matou ele, foi a outra mulher – com tiro. Era muito sádico. Foi fazer a mesma coisa que fazia comigo e ela deu um tiro nele. Sentimento ruim, ficar viúva nova. Olhar o mundo e ver três crianças, duas caminhando e uma no colo. O mundo desaba em cima da gente. E não tem para onde correr. Procurava emprego e levar as crianças é muito difícil. Graças a Deus, superei isso, até inteirar a idade delas saírem de casa; 17, 15 e 14. Fiquei só com as pequenas. O marido [segundo] abusou da menina [do primeiro casamento] quando tinha 10 anos, quando foi estuprada. Fui trabalhar sozinha. Joguei ele na justiça, mas até hoje não sabem o paradeiro dele. Ele cuidou bem das filhas dele. É o pai das gêmeas. Saí de casa, larguei dele. O marido atual está com 5 anos que estou com ele. Não teve filho com ele. Ao*

todo, três companheiros. Separada do marido – nós brigamos esta semana. Não sei para onde eu vou. Ele me largou há 5 dias. Estava aqui [no Abrigo] há dez meses e fui lá sábado – ele já estava com outra.

Principal oportunidade: *Graças a Deus, encontrei uma mulher – ela me recebeu com as 3 crianças na casa dela. Trabalhei seis anos com ela. Esta mulher pernambucana me levou para casa dela com minhas filhas. Cheguei e bati na porta com as 3 meninas. Ela nunca teve filho. Ela disse: se eu quiser a galinha, vou querer os pintinhos. As crianças a chamavam de avó. Colocava as meninas no quintal e dava função para não ficar brigando. A pequena, engatinhando, ficava na cozinha comigo. Elas tiveram tanto presente como nunca na vida. Eu estava na glória, me sentia uma princesa. Aí tive minha casa. Tudo era meu.*

Consegui reconstruir minha vida. Foi como irmã para mim. Ela comprou meu terreno e construí. Saí de lá para a minha casa. Ela não existe mais, morreu. Foi para PE e morreu de câncer.

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Ela [mãe adotiva] me levou para conhecer o pai. Ele quis saber e disse que ia me levar. Mas, ele não voltou. Aí fugi de casa. Aos 15 anos. Fui atrás do meu pai – na Bolívia. É japonês. Encontrei ele lá. Mas não era o pai carinhoso que pensei. Era bêbado, carrasco. Fui outra vez. Ele quis me bater; aqui não, de novo, não. Fugi para a casa de uma peruana, na mesma cidade durante um ano. Pai nem ligou. Conheci o filho dela e me casei com ele aos 16 anos. Aí eu trabalhava em casa de família. Para comprar coisas para as filhas. Marido nunca foi exemplar – sempre com mulher para cima e para baixo.*

Comentário: TGO relata ter vivido uma adoção perniciosa. Sofreu maus-tratos constantes, segregação na casa e exclusão nos hábitos, até os mais comezinhos. Na adolescência, partiu em busca do pai. Nova decepção. E a sua vida transformou-se numa coletânea de relações frustradas, nas quais persistiu alvo de agressões pesadas e traumáticas. Haverá algo em seu comportamento que atrai esse tipo de afrontas e injúrias? Ela não demonstra a menor consciência disso, caso haja. Por outro lado, sobressai-se a obstinação na tentativa de consolidar uma família íntegra. Talvez, por não perceber como ela se envolve sequencialmente em experiências tão análogas, não se sente compelida à mudança em si mesma e em sua trajetória existencial. Essa reiteração do quadro, com substituição de um ou outro personagem, produz sempre idêntico final: violência e abusos, maltratando-a intensamente. Do texto Tipos Prognósticos, extrai-se: *o sujeito mantém-se afetado no nível psicológico, estagnando-se em conflitos do pretérito, ainda que veladamente.*

INFORMAÇÕES ADICIONAIS – baseadas em todas as respostas:

Tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico:

JAM: *Eu estava trabalhando, não sentia nada, algumas infecções, defecava sangue e urinava sangue...exames deram câncer nos rins. Diagnosticado câncer avançado e para fazer operação de urgência. Tive que tirar o rim. Pesou mais de 400 gramas. Médico não me orientou para fazer acompanhamento. Fui trabalhar no campo. Depois de 3 anos, comecei a sentir novamente. Dor na perna, agora à direita. Exames deram tumor à direita, acima do rim.*

MLGN: *pelo menos 6 meses. Foi rápida. Eu me achava com muita saúde. A barriga começou a crescer. Era um líquido. O médico não sabia responder que tipo de doença era. Tinha que vir para cá. Me operei lá e a barriga ficou boa 4 meses. O 5º mês começou a crescer muito rápido. Viemos. Pedi a verdade ao médico. 'Filha, você está no Hospital do Câncer'. Gostei de saber a verdade.*

TGO: *quatro anos. Tomei vacina contra tétano, deu câncer. Parecia um tumor no braço, onde foi feita a vacina. Ela nunca se desfez – essa bola. Latejava e nunca espocou. Doía muito, eu não dormia, não comia – dor contínua. Dor que não desejo nem para o meu pior inimigo. Cheguei a pesar 29 kg.*

Comentário: JAM foi o primeiro paciente da pesquisa. O intervalo entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico não ficou claro. O mais interessante, porém, foi a recidiva do câncer no lado contralateral, migrando do rim para a glândula suprarrenal, o que atesta sua condição de Tipo Estagnado e será objeto de análise abaixo.

De forma geral, os três pacientes apresentam evolução arrastada, especialmente TGO, cujo diagnóstico demorou quatro anos a ser feito. Se fosse paciente do tipo complicado ou progressivo, é provável que a paciente já tivesse ido a óbito ou estivesse avançado bastante na deterioração de seu quadro geral. Entretanto, seu organismo apresenta-se em bom estado nutricional e dinâmico, movimenta-se com agilidade e não fosse pela amputação e pelo risco de recidiva, dir-se-ia que ela se encontra curada.

A doença tem relação com:

JAM: *Acho que Deus está me castigando. Ou ele está me experimentando até onde posso aguentar. Tenho em mim que tenho que pagar pelas coisas que fiz por essas maldades, namorar com mulher casada, ou menina bem mais nova que eu.*

MLGN: *Não sei. Comida? Desde de umas mangas que eu comi. Mas, se eu tivesse realmente boa, comer manga não ia ter problema.*

TGO: *Minha mãe teve hepatite. Pai, câncer de próstata. Vida foi corrida demais, sem descanso. Trabalhando demais para sustentar filhas. Agora que descanso aqui [no Abrigo] nestes dez meses. Estou gorda. Como bem. Graças a essa Casa. Os maridos não me ajudaram. [Chora]. Tive vida muito feia. O penúltimo marido abusou da minha filha. Saí de casa, larguei dele. Eram gêmeas. Ele era boliviano. Foi embora e eu fiquei no Brasil. Lutando, consegui criar duas filhas pequenas, agora com 16 anos. Eu temia morrer e deixar elas pequenas.*

Comentário: pela ordem, vê-se no grupo: culpa, ingenuidade, amor e ódio. A culpa de JAM será esmiuçada na secção: Análise dos Cinco Tipos Prognósticos. Tudo indica que uma doença como o câncer não se deve apenas à alimentação inadequada, pois depende de fatores gerais, como bem asseriu MLGN. Além de gerais, provavelmente, os ingredientes relacionados à neoplasia carecem de ter vínculos com a afetividade. Finalmente, com TGO repete-se o lema do antagonismo entre amor-ódio, cursado desde a infância e em suas relações conjugais. No texto Tipos Prognósticos, lê-se: *A tentativa de preencher sua carência repete-se diversas vezes, não reconhecendo que urge modificar o estilo em função do fracasso reiterado.*

O que você pensa sobre a sua cura:

JAM: *Tenho esperança e fé que acontecerá. Tenho muita fé que ainda vou ser curado, fé espiritual, vem de dentro, tenho muita fé em Deus. Ele vê as coisas certas e te cura. Ele vai mandar um anjo para me curar.*

MLGN: Conforme descrito na apresentação da paciente, acima: *Se Jesus me operou sozinha, é porque não era para ninguém mexer. É assim, com os médicos e a benção de Deus.*

TGO: provável. Tenho esperança ou fé que acontecerá. O médico já disse que estou melhorando. *Confio muito em Deus. Ele me curou. Não tenho mais aquela agonia... tenho certeza que estou curada.*

Comentário: JAM tem o sentimento interno de que é merecedor da cura, pois valoriza suas coisas boas e coloca-se na condição de ser beneficiado. Faz reflexão de sua doença e crê que um anjo curá-lo-á. Apesar do aspecto positivo de sua fé, ele tem, ao mesmo tempo, o grave inconveniente de depositar toda a esperança no fator externo. Mas a elaboração tanto da doença como da cura procede, antes de tudo, do próprio sujeito.

Paciente MLGN, teve uma experiência mística geradora de convicção. A sua submissão às imposições do marido, suportando a expulsão humilhante, primeiramente, do

próprio lar e, depois, da casa dos sogros que, ainda por cima, lhe retém os filhos, descreve enredo absurdo, uma desrazão inconcebível. A inocência com que enfrenta tamanhas adversidades, com o coração limpo de mágoas ou ressentimentos, parece garantir-lhe a intervenção espiritual, levando-a a expelir, através da genitália, uma *carne comprida e grossa*. Ao relatar a sua fé que Jesus Cristo poderia curá-la, ela diz: *Ele está pedindo que eu conte*, demonstrando familiaridade com fenômenos místicos.

TGO parece regressar ao mesmo degrau de JAM: a confiança na cura se deve ao otimismo gerado pela relação médico-paciente, mas nada transcende ao concreto ou momentâneo. Ambos não se baseiam em suas próprias histórias, das quais pudessem extrair argumentos ponderáveis, alicerçadores da expectativa de restauração da saúde.

Como era a sua vida quando criança:

JAM: média, coisas boas e coisas ruins. *Sou evangélico desde de pequeno. Andei desviado um tempo, mas nunca consumi drogas. Vida normal. Nunca tive brigas na família. Somos 2 irmãos e 6 mulheres.*

MGN: *Quando criança, não era boa. Sofrida. Meu pai não tinha tempo de cuidar de nós. Era a madrasta. Porque ela morreu, não vou dizer que era bom. Na adolescência, não foi mais tão ruim. Eu acompanhava meu pai no trabalho. Era vida muito maravilhosa. Era bom pai, não espancava. Eu pedia para ir com ele. Com o Senhor eu tenho vida segura, feliz. Eu quero viver com o Senhor cada momento que eu viver. Assim, mesmo trabalhando – eu tenho alegria. Nunca gostei de sair. Era sempre em casa.*

TGO: *Quando criança sofri demais com meus pais. Não tinha afeto de pai e mãe. Achava que era adotiva. Sonhava com boneca e nunca tive uma. Não tive adolescência nem infância boa. Todo mundo dizia que eu era filha da empregada. Tinha meu quartinho separado. Ela me mandava sair quando sentava na cama dos irmãos. Sem carinho de pais. Era a pior coisa; parecia um gatinho acuado, vivia pelos cantos. Não me deixavam comer mais. Tudo medido. Me sentia um animal. Minha vontade quando criança, era comer Danoninho – pedi para a mãe; ela disse ‘jamais’. Só para os meus irmãos. Nunca tive uma boneca. Aos 15 anos me falaram que eu era adotada. Eu desconfiava porque eles eram louros de olhos azuis e eu morena. Quando procurei, minha mãe já tinha morrido – em “X”. Pai vive em “Y”.*

Comentário: O parâmetro de JAM é a ausência de coisas ruins, a exemplo das drogas e brigas em família. MLGN exalta sua alegria por trabalhar junto com o pai e sua índole

caseira. TGO protagonizou uma infância lastimável: sentia-se um animal. É possível que a diferença do vivido nessa época tenha deixado marcas profundas em cada paciente, para o bem ou para o mal.

O que você acha que a sua vida, depois que se tornou adulto até hoje:

JAM: Razoável, nem boa nem ruim. *Eu ainda tenho esperança de ter alguma coisa, de ficar bom para eu conseguir. Trabalhei num setor que dava terra para pessoas e não consegui pegar. Fazer uma casa boa. Não posso dar essa ajuda para os meus filhos. Pelejei muito para conseguir dinheiro para comprar.*

MLGN: *A minha vida foi muito sofrida. O primeiro marido me batia, sem eu merecer. Vivia trabalhando, por nada, ele me batia. Ele gastava o dinheiro. Era assim a minha vida. Sete filhos. Oito com esta que eu crio. Não fosse isso. Tenho filhos maravilhosos, guerreiros. Veio filha de “X” cuidar de mim também. Sábado vai chegar um.*

TGO: *Casei aos 16 anos. Me enchi de filhos. Logo tive uma filha e outra. Com 24 anos, já estava cheia de filhas. Criei todas as cinco. Sozinha, mas criei.*

Agora minha vida está melhor, eu compro o que quero; dou para as filhas o que posso. Tenho minhas coisas. Depois que fiz a cirurgia, sinto que todo mundo me ama, todo mundo fala com carinho comigo.

Comentário: TGO diz que sua vida depois da amputação está melhor. Antes era péssima e continuou com vários problemas. A aposentadoria aliviou a situação, mas é recente. Conseguiu se sentir amada, algo que procurou a vida toda... JAM esteve sempre tentando alcançar, debalde, determinado padrão de vida e conduta ética, postura que se prolonga ainda hoje, ao enxergar a sua cura na dependência de um anjo que Deus lhe enviará. O texto Tipos Prognósticos propõe: *No íntimo persiste enredado em frustrações, mágoas e queixas, apesar do acúmulo dos anos.* MLGN apanhava do marido, foi expulsa da casa dos sogros, que lhe sugerem deixar os filhos com eles e, sem dar detalhes, informa que agora tem oito filhos, portanto, acrescentou mais um à sua coleção anterior.

Você já sentiu alguma coisa que você não queria sentir ou já teve algum impulso que você não queria ter ou, ainda, tomou alguma decisão importante em dúvida ou contra a própria vontade?

JAM. *Tive. Eu era muito vaidoso, namorador. Sempre nas minhas andanças, entrava pessoas que não era para ter entrado. Namorar com mulher casada, ou menina bem mais nova que eu. Depois eu me arrependia. Não era para eu ter feito. Tenho minha família e*

acabei fazendo. Mesmo que fosse pouco, sentia que tinha feito coisa errada. Uma menina ficou gestante de mim – teve uma menina. Não pude dar assistência. Não podia contar para a minha mulher. Nem podia pegar para criar. Durante uns meses, eu mandei dinheiro. Depois perdemos o contato. Não sei se mais alguma ficou gestante também.

MLGN. *No tempo em que o marido arrumou essa outra. Eu fazer besteira era um crime, o que eu ia fazer com ela. A gente não mente, eu ia ser uma criminosa. Impulso medonho. Se ela aparecesse. Por causa dela o marido me abandonou.*

Quanto a deixar os filhos: foi contra a minha vontade. A consciência pesou muito. Não era para mim ter deixado. Podia até me expulsar. Mandaram eu sair. Eles me expulsaram. O que eu podia fazer?! Não tinha dinheiro. Eu não gastava comigo. Eu vivia na casa deles, mas trabalhando para sustentar meus filhos. Juntava dinheiro para comprar medicamento, quando necessário. Se eles me ajudassem a comprar casa, eu teria cuidado dos meus filhos. É duro uma mãe deixar os filhos sem querer.

TGO: *Fiz ou senti, às vezes, alguma coisa grave ou significativa que eu não queria ou achava que não devia fazer ou sentir. Até hoje me arrependo do que fiz; marido me batia muito, tinha relação comigo na marra. Foi quando peguei a tesoura e dei 27 furadas nele, quando ele me humilhava, mostrava mulher bonita e dizia que ele podia ficar com ela. Ficava lá embaixo, tentava me arrumar, fazia ginástica, arrumava o meu cabelo. Para ficar bonitinha, [dizia o marido] tinha que nascer de novo.*

Comentário: a coerência da trajetória de cada paciente continua. TGO cede ao impulso e agride-o com 27 furadas de tesoura. Talvez sua insistência em ser amada, latente durante grande parte do tempo, aflorasse vez por outra, levando-a a procurar, instintivamente, por relacionamentos com algum eco de sua primeira experiência afetiva. Tal hipótese explica porque ela reitera as escolhas impróprias que culminam em novas e sofridas rejeições, como aconteceu, de modo sucessivo, com a família adotiva, o pai biológico, o marido sádico... JAM também se entregou ao desassossego que, embora sem violência, arrastava-o a envolvimento afetivo-sexuais imaturos, sobrecarregando-o de remorso posteriormente. Conquanto MLGN tenha agido contra a sua própria vontade, ela se sentiu constrangida a fazê-lo devido ao abandono do marido e à pressão dos seus sogros. Comparando-a com TGO, percebe-se que esta, aparentemente, lutou contra o seu companheiro. Se as atitudes dele violavam a sua dignidade, a paciente deveria ter separado, antes que o relacionamento atingisse o patamar de opressão, abuso e desprezo referido. A luta para se defender ou aos seus direitos opõe-se à recomendação da sabedoria, de diversas fontes, inclusive do oráculo chinês *I Ching*, cujo hexagrama *A Retirada*, aconselha: As

circunstâncias são de tal ordem que as forças hostis, favorecidas pelo tempo, avançam. Neste caso a retirada é a atitude correta, levando por isso ao sucesso. O êxito consiste em afastar-se da maneira adequada. Retirar-se não é o mesmo que fugir. Na fuga, busca-se apenas salvar a si mesmo, a qualquer preço. A retirada, ao contrário, é um sinal de força. Não se deve perder o momento adequado, enquanto ainda se possui força e posição. Assim se poderá interpretar a tempo os sinais do momento, e preparar uma retirada provisória e oportuna, em vez de se envolver numa luta desesperada de vida ou morte (I CHING, 1984, p. 113).

Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?

JAM: *Nunca prejudiquei ninguém. Quem esteve ao meu redor, eu tive como ajudar. A gente procura semear para colher o bem. Eu sempre fiz isso. Mesmo com pessoas distantes. Em pouco tempo, começam a gostar de mim. Não tenho maldade não. Quero que Deus sempre limpe o meu coração.*

MLGN: *Não. Tudo que faço, se a pessoa pergunta, eu digo.*

TGO: *Não.*

Comentário: JAM teve um breve momento de autocomiseração, esquecendo-se das mentiras e falsidades em seus relacionamentos paralelos ao conjugal. MLGN responde em concordância com sua simplicidade e pode-se admitir que seja verdadeira. TGO, igualmente, não parece ter procedido com mentiras e falsidades, contudo, talvez tenha insistido em demasia e, às vezes, com audácia para que os tiranos do seu caminho lhe dessem afeto ou, no mínimo, reconhecessem-lhe os direitos. Daí o seu fracasso em múltiplas ocasiões. De pessoas primitivas e bárbaras, não se colhe compaixão nem justiça.

Reúne-se no **Quadro 8**, abaixo, os dados mais relevantes do Tipo Progressivo. E, logo em seguida, a **Figura 10** exhibe os fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do Tipo Progressivo.

Quadro 8 – Síntese das entrevistas do tipo *estagnado*

QUESTÕES	JAM	MLGN	TGO
Como você lidou com a situação mais difícil de sua vida?	<i>...o que a gente guardava para a alimentação às vezes não era suficiente. Coloquei boteco de vender banana. Fiquei desempregado e trabalhei vendendo Avon.</i>	<i>Ele [marido] me deixou com 7 filhos dentro da casa da mãe dele... voltou para onde a gente morava e ficou lá com a outra... A mãe dele disse para eu arrumar outro marido e deixar os filhos com ela.</i>	<i>Marido me batia muito; tinha relação comigo na marra... peguei a tesoura e dei 27 furadas nele. ...fazia ginástica... Para ficar bonitinha. Tinha que nascer de novo [dizia o marido].</i>
Como foi seu aproveitamento diante da principal oportunidade	<i>...sobre emprego. Duas vezes. ...no governo. Mas, eu não podia largar a firma que eu estava...</i>	<i>A coisa mais maravilhosa foi quando cheguei perto dos meus filhos... E me acho muito feliz porque moro perto deles. – 12-13 Anos longe...</i>	<i>Graças a Deus, encontrei uma mulher – ela me recebeu com as 3 crianças na casa dela. Trabalhei seis anos com ela.</i>
Tempo entre os sintomas e diagnóstico	<i>Em torno de 3 anos</i>	<i>6 meses</i>	<i>1 ano e meio</i>
A doença tem relação com	<i>Acho que Deus está me castigando... por essas maldades, namorar com mulher casada, ou menina bem mais nova que eu.</i>	<i>Não sei. Comida? Desde de umas mangas que eu comi. Mas, se eu tivesse realmente boa, comer manga não ia ter problema.</i>	<i>Vacina. Mãe teve hepatite Pai, câncer de próstata. Trabalhei demais para sustentar filhas. Os maridos não me ajudaram; o penúltimo abusou da minha filha. Larguei dele.</i>
O que você acha de sua cura	<i>Tenho esperança e fé que acontecerá.</i>	<i>Fiquei sozinha no quarto a noite. Eu ouvi uma voz ‘...você vai ser curada’. Dois dias depois... saiu uma carne comprida e grossa pelas minhas partes.</i>	<i>Confio muito em Deus. Ele me curou. Não tenho mais aquela agonia... tenho certeza que estou curada.</i>
Como era sua vida quando criança e adolescente	<i>Sou evangélico desde de pequeno. Andei desviado um tempo, mas nunca consumi drogas. Vida normal. Nunca tive brigas na família. Somos 2 irmãos e 6 mulheres.</i>	<i>Sofrida. Meu pai não tinha tempo de cuidar de nós. Era a madrastra... não vou dizer que era bom. Na adolescência... eu acompanhava meu pai no trabalho. Era vida muito maravilhosa.</i>	<i>...sofri demais. Não tinha afeto de pai e mãe. Achava que era adotiva. Todo mundo dizia que eu era filha da empregada. Tinha meu quartinho separado.</i>
O que você acha de sua vida quando se tornou adulto	<i>Eu ainda tenho esperança de ter alguma coisa... Trabalhei num setor que dava terra para pessoas e não consegui pegar.</i>	<i>A minha vida foi muito sofrida. O primeiro marido me batia, sem eu merecer. Vivía trabalhando... Ele gastava o dinheiro.</i>	<i>Casei aos 16 anos. Me enchi de filhos. Criei todas as cinco. Sozinha, mas criei.</i>
Você já sentiu algo, ou teve impulso ou tomou decisão importante que não queria ou contra sua vontade?	<i>Namorar com mulher casada, ou menina bem mais nova que eu. Depois eu me arrependia.</i>	<i>No tempo em que o marido arrumou essa outra. Eu fazer besteira, era um crime, o que eu ia fazer com ela.</i>	<i>Até hoje me arrependo do que fiz... quando peguei a tesoura e dei 27 furadas nele [marido].</i>
Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?	<i>Nunca prejudiquei ninguém. Quem esteve ao meu redor, eu tive como ajudar. A gente procura semear para colher o bem.</i>	<i>Não. Tudo que faço, se a pessoa pergunta, eu digo.</i>	<i>Não</i>

Figura 10 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo *estagnado*

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Os três pacientes do Tipo Estagnado apresentaram reiteração de sentimentos inconvenientes ou atitudes graves, cada qual ao seu modo, e que foram detalhados acima. Também se pode afirmar que a repetição de um determinado comportamento, de tempos em tempos, condiz com a definição de cronicidade. O fato de JAM se relacionar apenas ocasionalmente, e de forma passageira com outras mulheres além de sua esposa, reflete um estado psicológico permanente, ainda que submerso e conflituoso. É provável que, por esse motivo, a medicina passou a nominar de crônicas ou de repetição certas doenças que se manifestam por surtos intermitentes, a exemplo da amigdalite ou pneumonia. O texto Tipos

Prognósticos sustenta sobre a matéria: *A doença costuma não ceder ou reaparecerá em breve tempo – ainda que o tratamento seja muitíssimo adequado – no mesmo órgão ou, se este for extirpado, em suas vizinhanças. Desse modo, o sujeito vê-se enrascado nas teias da cronicidade, geralmente estável, portanto, sem progressão.*

O examinador carece de ficar atento para compreender que o gesto sintomático – mesmo se reiterado somente a extensos intervalos – denuncia a condição permanente do sujeito. O Estagnado, talvez pela sua posição intermediária, mostra com nitidez o paciente em transição, tanto para o anterior, o Residual, como para o seguinte, o Progressivo. Destarte, evidencia-se – nos casos selecionados desse Tipo Prognóstico – a possibilidade de cura, no primeiro, e de piora, no último. Engelhard em seu artigo sobre a reciclagem do lixo psicológico familiar acusa conhecimento da vizinhança entre estagnação e resiliência: *Na família, o que era estagnação emocional, transforma-se em resiliência. Já se está um passo além das interações que antes orientavam este grupo, em um renascer da adversidade com maiores recursos (ENGELHARD, 2012, p. 105).*

Assim, JAM mostra o pior prognóstico entre os três representantes do grupo; em seguida, ligeiramente mais favorável, tem-se TGO e, por último, propício ainda em maior dimensão, alteia-se MLGN. Tal assertiva é deveras relevante, tendo-se em conta que ambos se enquadram no mesmo Tipo, demandando explicação. Veja-se um aspecto emblemático: o desajuste em relação à sua própria vida encontra-se pendente em JAM, recém-solvido em TGO e solucionado há bastante tempo em MLGN. Explora-se cada caso a seguir.

JAM demora-se na culpa e suas justificativas pouco consistentes, todavia, não toma providência para qualquer reparação. Engolfa-se no arrependimento mórbido, entanto persiste inerte. A recidiva, três anos depois da cirurgia do rim, mostra perfeita coerência. As observações homeopáticas estabelecem que a cura procede de cima para baixo e de dentro para fora. A simples recorrência, se no rim contralateral, já seria indicador de estagnação, mas aqui aponta o sentido de piora: discretamente acima, na glândula suprarrenal. Logo, a evolução orgânica está compatível com o quadro emocional. É possível, embora sujeito a maiores estudos, que uma reincidência da enfermidade no pulmão ou superior indicaria prognóstico francamente desfavorável. E caso ocorresse na bexiga ou inferior, caberia prognose mais auspiciosa, em comparação com a primeira localização. Embora muito valorizado na literatura homeopática, convém analisar esse dado junto com o restante, em particular a história de vida do paciente a fim de embasá-lo. TGO parece ter atingido uma linha demarcatória em que a cura se tornou inacessível. A amputação não oferece chance de regresso à saúde plena, já usufruída. Seu melhor prognóstico, agora, é permanecer no

patamar Estagnado. Há indícios de que ela galgou essa posição, ao enunciar as afirmações: depois que fiz a cirurgia, sinto que todo mundo me ama, todo mundo fala com carinho comigo; tiraram o meu braço e estou aposentada. Me sinto na glória, mais querida, posso ajudar minhas filhas. Depreende-se que TGO desenvolveu, mesmo sem uma elaboração profunda, uma sensação de mais prazer com a sua própria vida. Talvez ela nem saiba precisar quando tal processo se deu; importa reconhecer, porém, que está feliz e em paz com o seu destino. A perspectiva de que ela conquiste longa sobrevida revela fundamento. A seu favor, na história de vida, contrapondo-se à carência de afeto e, em tese, à busca instintiva por aplacá-la, constata-se a sua atitude firme de procurar justiça contra o segundo marido, por ocasião do abuso sexual para com a sua filha do primeiro casamento. Lembrando que a paciente passaria a cuidar das cinco meninas sozinha, e que grande quantidade de mães se omitem – em clamorosa falha – quando o pai ou padrasto molestam crianças dentro da casa, percebe-se no gesto uma conduta muito saudável.

MLGN parece instalar-se na fração mais favorável do Tipo Estagnado. Examinando o seu passado, vê-se que houve uma situação muito adversa, uma espécie de trauma, na qual a paciente agiu contra a própria vontade, sujeitando-se à imposição de familiares e afastou-se de seus sete filhos, premida pela pobreza e a dissimulada expulsão de casa pelo marido. Supõe-se que o sofrimento, arrastado por vários anos sem qualquer reação intempestiva, livrou-a do prognóstico Complicado; e a ausência de atitude voluntária inadequada desviou-a do tipo Progressivo. Ela foi vítima de um complô não tramado pelo marido e seus pais. É muito provável que tenha lidado com dois sentimentos que fugiram ao seu controle: angústia e culpa, ambos relacionados ao distanciamento dos filhos. Equacionou o primeiro através da reunião com eles doze-treze anos depois, voltando a viver com honra e felicidade; em relação ao último, parece ter encontrado certo alívio, uma partícula de perdão para consigo, quando pondera: *Mandaram eu sair. Eles me expulsaram. O que eu podia fazer?! Não tinha dinheiro.* Situação extremamente dolorosa, mas consola-se, quiçá, imaginando que os filhos ficaram em melhor condição do que em seus próprios braços.

O câncer de ovário bilateral de MLGN parece patentear o seu admirável empenho para prosseguir gerando os rebentos, ainda que distante e sem qualquer notícia. A doença que surge tantos anos depois do desditoso *apartheid* familiar exhibe, por um lado, esse aspecto tardio favorável, sugerindo que ela suportou a luta titânica sem autodestruir-se de maneira fatal e, pelo outro, a incapacidade de se restabelecer na vida por completo. Suportou o exílio familiar com autêntico heroísmo. Na melhor hipótese, terá que fazer reposição hormonal, expondo-se aos riscos sobrejamente conhecidos, em particular, quanto ao câncer de mama.

Finalmente, tudo indica que não se dispôs ao aprendizado de alguma profissão, cuja falta lhe acarretou a dilacerante separação dos filhos. Houvesse feito tal aquisição e se encaixaria hoje, bem provavelmente, num tipo prognóstico ainda mais favorável.

A intervenção mística ou espiritual que MLGN descreveu suscita pequeno comentário: em alguns ambientes religiosos tem-se em grande conta as operações espirituais, mediúnicas ou não. Entretanto, segundo a teoria homeopática, elas pouco diferem da cirurgia médica convencional, pois isoladamente não promovem modificações psicológicas nos enfermos. Assim, tanto faz se o recurso terapêutico é humano ou “espiritual”, pois o que define a abrangência da resposta é o que cada paciente realiza em si mesmo.

Desse modo, TGO caracteriza o protótipo do Tipo Estagnado, assentando-se no termo médio, acima de JAM e abaixo de MLGN. Eles não aprendem com a própria experiência, e enfiam a cabeça no solo, negando-se a reconhecer os erros e tomar medidas corretoras. Todos eles posicionam-se no Prognóstico Estagnado (Incerto), e ilustram com clareza a viabilidade da reviravolta no resultado do caso. Até aonde vai o determinismo da história de vida na evolução da doença em contraste com a remanescente cota de liberdade, constitui tema que integra a Discussão, pouco adiante.

Entretanto, o termo Incerto já resume com limpidez as alternativas de progresso favorável ou não da enfermidade. Quem não executou a retificação – aconselhada por sua própria consciência – em sua trajetória de vida, antes mesmo que a doença se manifeste na fração orgânica, tem nessa fase a sua grande oportunidade. O texto Tipos Prognósticos assim discorre sobre o quesito: *...o aparecimento da lesão orgânica ou a retenção ao leito podem suscitar reflexões profundas e salutareis nesse indivíduo, promovendo renovação psicológica importante e que contribuirá de forma notável para a restauração de sua saúde.* Aparentemente, JAM está perdendo o “momento de ouro”. O pesquisador observou que o paciente era cuidado carinhosamente pelo seu filho, antes de solicitar a sua retirada. Ao término da mesma, como *devolução terapêutica*, enfatizou-se que esse bom relacionamento decorria de sua paternidade amorosa junto à sua prole.

Então, o paciente adicionou: *Perdi um filho de 4 meses de idade. Ele adoeceu de pneumonia. Eu estava longe. Faleceu no mesmo dia que cheguei. Ele estava esperando eu chegar. Me deixou muito triste. Coisas que eu pensava que não ia conseguir – mágoa, angústia, tristeza – sair de mim. A dor foi tanta que não chorei. Mesmo depois de enterrado. Me afetou muito. Achei que não ia conseguir superar a dor, mas com o tempo... com o trabalho, passou a angústia, a dor.* Não é intrigante que ele sentisse culpa por ter sido negligente em relação à criança [sua filha] e, depois, lide com a morte de seu filho lactente,

cuja dor recalcou involuntariamente? Talvez haja alguma ligação profunda e sutil entre esses dois fatos. Seria possível que a sensação de pai relapso, em seu mais fundo inconsciente, contribuisse para que o fato se concretizasse agora, não mais às ocultas e sim de modo ostensivo, levando-o a reproduzir idêntico abandono com o novo filho?

Mas nem tal perda o fez mover-se no sentido de amparar a filha abandonada ou ter alguma atitude generosa em relação a alguma criança carente. Ainda que ele interrompesse suas aventuras afetivo-sexuais, visando atender a sua própria consciência, talvez a erradicação do cerne da culpa exija o restauro daquilo que ele se cobra de maneira incessante. No caso de JAM, parece claro que a sua doença começa na incapacidade de ouvir a cobrança que nasce de seu próprio íntimo. Não se faz aqui nenhum juízo de valor. A inércia, por si só, muito dificilmente o levará a isentar-se a si mesmo do pensamento opressivo de castigo pelas vivências. Cabe também indagar se haveria alguma similitude entre os sintomas dolorosos e a culpa.

A sabedoria de Mahatma Gandhi sugeriu a um homem, torturado pelo remorso de haver matado uma criança por ser de religião diferente, para que adotasse outro garoto em condições análogas, respeitando-lhe a fé escolhida. Não é a única terapêutica para tais casos, mas cabe ao profissional de saúde discutir alternativas com o paciente de tamanho embaraço em suas entranhas a fim de viabilizar solução pacificadora ou terapêutica.

O enfoque restrito à doença – seja no orgânico, seja no mental – em voga na maioria dos serviços de assistência à saúde, confere peso prioritário à localização, aos sintomas mais típicos e à sua respectiva intensidade. Na clínica médica, vive-se o império da anatomia patológica. Estipula-se também um quadro único correspondente às disfunções decorrentes do dano estrutural, desleixando-se quanto às variações possíveis de cada caso. Na psiquiatria, o reducionismo também prevalece, embora aplicado ao conjunto de alterações mentais; o diagnóstico ocupa a atenção do profissional e, assim, o paciente fica em plano secundário.

Além disso, envida-se considerável esforço para associar a causa da enfermidade a algum fator externo. Não se obtendo fator ou doença prévia desencadeante, classifica-se o processo como idiopático, significando que o morbo existe por si só. Diante de teoria tão míope, compreende-se como é possível ao paciente JAM depositar esperanças na restituição da higidez centrado exclusivamente em dispositivos médicos. Ao perscrutar a possível conexão entre a história de vida e a doença é imprescindível elucidar a diferença entre responsabilização e culpa. A primeira incentiva o indivíduo a deslindar eventual congruência entre a trajetória existencial e a enfermidade, e a aproveitar sua oportunidade de se envolver ativamente nos procedimentos reparatórios; a última, não apenas mantém o sujeito em sua

alienação quanto aos resultados colhidos, como o afunda mais ainda na imobilidade, entregando-se ao despropósito de um milagre, sem qualquer protagonismo sensato ou acentuando-se a revolta já subsistente. Além disso, ao se colocar como responsável pela doença, o sujeito também percebe que a cura reside, antes de tudo, nele mesmo. Teoricamente, saúde e doença dependem do que se faz com a vida e consigo próprio. A cobrança por correção da trajetória existencial e de sentimentos infelizes emerge da própria consciência de JAM, estampando-se em seu volumoso sentimento de culpa. À semelhança de um tumor psicológico, o transtorno parece constituir a essência de sua enfermidade, aguardando sua participação efetiva para se atingir o êxito terapêutico.

Enfim, aplica-se a TGO o conceito descrito na composição acerca dos Tipos Prognósticos: *A terapêutica adequada pode lhe despertar surpreendente sensação de bem-estar a convocá-lo ao trabalho de reformular sentimentos, conceitos e posturas, bem como o revigora para enfrentar dificuldades e situações às quais ele se acomodou ou impôs sistematicamente a sua versão distorcida ou escolha inadequada.* O olhar brilhante e a fisionomia alegre da paciente destoam do esperado em relação a alguém que teve o braço amputado em semanas recentes. Presumia-se encontrar a pessoa em estado depressivo, lamentando a própria sorte, e não risonha, confortada pelas migalhas de afeto que a compaixão alheia dedica agora à sua árdua condição. Aparenta ter se esquecido dos lacerantes tormentos que a flagelaram no correr da tribulada existência. Apagou-se miraculosamente de suas emoções, o possível automatismo que a impelia a mendigar ou a forcejar pela afeição dos outros. Ela muito provavelmente não sabia que o amor só presta se for dado em regime de espontaneidade, do contrário, converte-se em alimento estragado que não nutre o coração. Quão longo e sinuoso o caminho para encontrar-se consigo mesma e sentir-se feliz com a própria vida.

As inconformações revelam a dissintonia do sujeito com o seu meio e o seu trajeto. Há que se ter muita cautela no processo de solução da desconformidade, pois vários equívocos podem ocorrer na ânsia pelo término do padecimento. É comum divulgar-se o ditado popular: *a pressa não é boa companheira*. Muita gente não sabe que a carência também precisa ser aceita, no íntimo, ainda que cause sofrimento. Os recursos profundamente adequados, via de regra, demandam tempo. Não aguardar com paciência costuma engendrar sequelas. Aportados a esse infausto destino, sobra ainda réstia de liberdade em que o sujeito pode optar entre, finalmente, assumir a colheita que a Vida lhe traz ou persistir no confronto, cuja derrota tende a ser cada vez pior e esmagadora.

A música *Travessia*, de Milton Nascimento e Fernando Brandt, contempla a história dos três pacientes do Tipo Estagnado. (www.youtube.com/watch?v=gjn0xsKIUiM). Enquanto JAM soltou-se pelas *estradas*, dando vazão à imaturidade, despercebido das advertências de seu próprio juízo; MLGN foi expelida de sua *casa*, sem a mínima consideração, pelo leviano marido; TGO precisou perder o *braço* direito a fim de se reconciliar com a sua vida, todos eles experimentando o itinerário que conduz cada ser humano ao enalço de sua plenitude e felicidade. Segundo os versos da canção, caberia a JAM, *amar de novo*, após reconhecer que *sonho feito de brisa, vento vem terminar*, e proteger o seu casamento, incluindo a filha, outrora negligenciada; a MLGN, aprender um ofício, exercendo-o com alegria e segurança e demonstrar o crescimento pessoal efetuado depois de passar pelo doloroso cálice de *minha casa não é minha e nem é meu este lugar*; finalmente a TGO, desistir de qualquer propósito de matar – *eu não quero mais a morte* – e prosseguir, refazendo-se por inteiro em seu âmago, cada dia mais animada e feliz, e difundir, de forma paradoxal, *hoje faço com [sem] meu braço o meu viver*.

TRAVERSIA

*Quando você foi embora fez-se noite
em meu viver*

Forte eu sou, mas não tem jeito

Hoje eu tenho que chorar

*Minha casa não é minha e nem é meu
este lugar*

Estou só e não resisto, muito tenho pra falar

Solto a voz nas estradas, já não quero parar

Meu caminho é de pedra, como posso sonhar

Sonho feito de brisa, vento vem terminar

Vou fechar o meu pranto, vou querer me matar

Vou seguindo pela vida me esquecendo de você

*Eu não quero mais a morte, tenho muito
o que viver*

*Vou querer amar de novo e se não der
não vou sofrer*

*Já não sonho, hoje faço com meu braço
o meu viver*

Solto a voz nas estradas, já não quero parar

Meu caminho é de pedras, como posso sonhar

Sonho feito de brisa, vento vem terminar

Vou fechar o meu pranto, vou querer me matar

Vou seguindo pela vida me esquecendo de você

*Eu não quero mais a morte, tenho muito
o que viver*

*Vou querer amar de novo e se não der
não vou sofrer*

*Já não sonho, hoje faço com meu braço
o meu viver*

7.4 TIPO RESIDUAL

Recorda-se na **Figura 11**, abaixo, as principais características do **Residual** – *prognóstico moderadamente favorável*, extraídas do texto Tipos Prognósticos, descrito na Metodologia:

Figura 11 – Tipo residual – elementos prognósticos

Compara-se a seguir, as respostas dos três pacientes do grupo às nove questões, começando pelas duas que suscitaram dados mais significativos para a análise do caso.

AOS, 53 anos, divorciada, artista e empresária.

Escore Prognóstico: 2,2.

Diagnóstico: câncer de mama.

Situação mais difícil: *Foi aos 19 anos. Eu namorava um primo. Foi o grande amor de minha vida. Nunca esqueci dele. A gente tinha plano de casar. Houve interferência da família. A gente se separou amando. Eu me fechei pro mundo. Dos 19 aos 25 anos. Me tornei mais triste, mais calada. Buscava fuga na arte. Me divertia muito pouco.*

Quando meu tio me chamou para vir para o Acre, ele tinha engravidado duas meninas no mesmo ano. Foi em 1986. Vim para conhecer, mas não gostei. Mas decidi deixar o passado para trás. Ele ia se casar com a segunda que engravidou. Ele pediu para eu não vir. Ele quis fugir. Quem foge, tem que voltar. O pai da menina está esperando você casar com ela. É dívida sua. Vim embora. Fiquei doente. Ele também ficou doente. Nascemos na mesma família, no mesmo ano, na mesma semana.

Ele perguntou o porquê disso. A gente violou a vida.

Depois de alguns anos a gente se encontrou. Mexe. Ele pergunta por mim.

Quando a gente terminou o namoro, parei de comer. Emagreci. Pesei 42 kg. Fiquei muito magra. Parei de estudar artes, inglês. Fiquei deitada uns 10 meses. Em posição fetal. Pais não sabiam o que fazer. Eu era muito obediente. O pai disse que não dava certo. Renunciei. Depois soube que não teria problema.

Comecei aí minha quitação de débito.

[Casou-se, posteriormente, com outra pessoa e separou-se].

Marido me procurou 2 meses depois. Filhos pediram para eu não aceitar – porque ele não tem caráter. Ele não vai largar a mulher. Fechei as portas. Renunciei ao primeiro amor porque pai pediu. E ao marido porque filhos me alertaram.

Penso que vida é exame porque estou renunciando desde os 19 anos. Vida tem sido uma renúncia. Faço porque tenho conhecimento. Senão, seria rebelde.

– depois dos 10 meses na cama: era tudo novo. Eu tinha que levar a minha vida. Ir atrás de desbravar [sua empresa]. Era autônoma. Sem contar com a ajuda de ninguém. Começou a ficar saboroso. Mas, quando sozinha, me lembrava dele. Demorei uns dez anos para esquecer. Se hoje ele ficasse viúvo ou se separasse e me quisesse, eu iria morar com ele. Vivi com o marido o que não vivi com ele.

Principal Oportunidade: *A principal foi nascer. Mãe estava com cirurgia marcada para retirar ovário. O médico fez a cirurgia e não percebeu que ela estava grávida. Ela foi embora e começou a vomitar. Fizeram exame – ela estava com 3 meses de gestação. Mulher disse: vocês já têm 4 filhos, me dá a criança. Pai disse: se nascer sem problema, a gente dá. Mas, mãe se recusou. Mãe teve sonho com anjo: te prepara que ela vai vir. Mãe diz que até hoje eu tenho pressa. Fui a filha que aprendeu tudo mais rápido. Sempre fui independente, decidida. Enquanto decidiam, eu já estava pronta. Sempre soube o que quis. Fui a única filha que sentou no colo do pai, que fez brincadeiras com ele. Eu peitava: sou sua filha, não faz assim não, não é assim que educa!*

O aproveitamento foi dar oportunidade para os filhos nascerem. Eu queria muito ser mãe. Foi o mais importante que fiz. Eu quis ver o parto. Quando vi gente saindo de dentro da gente, foi muito magnífico. (Emocionada). Eu me igualei a Deus. Nunca mais eu vou me esquecer desse momento. Ele [médico] tirou aquela coisa horrorosa [recém-nascido], suja, e esfregou em mim. Foi a coisa mais linda. No segundo, eu tinha ovário policístico – e iria ser operada logo em seguida. Retirou as trompas. Mas eu tenho ovários e útero.

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Tenho vergonha de dizer que estou curada. Porque não sei o que Deus reservou para mim. Não sei o que estou devendo. Porque é muita prepotência dizer isso. Também porque a célula do câncer é muito traiçoeira.*

Você colocou aí que eu sou espírita?! As respostas da pessoa, a gente vê que acredita na vida após a morte. Tem gente que está esperando o milagre. A cura é um merecimento muito grande. Pecadores como somos, não acredito em milagre e sim em merecimento.

Comentário:

O prognóstico Residual – *moderadamente favorável* – se encaixa muito bem com o quadro da paciente, até o momento. A história de superação demorada e sofrida do amor juvenil, a constituição da família, o afeto pelos filhos, o esforço para que o casamento desse certo. O texto Tipos Prognósticos assevera: *o indivíduo processou os seus conflitos de forma parcial ou arrastada. O mais comum é que ele tenha superado quase todas as situações adversas, ficando apenas uma ou outra pendência que, no entanto, mesmo trancafiadas no silêncio e no ocultamento, causam-lhe dissabor, frustração ou mágoa e eclipsam o seu bem-estar pleno durante longo tempo.* No fundo, a paciente ainda persiste iludida em relação ao primeiro amor, porém ela não se estagnou nele nem se autodestruíu.

A paciente não menciona, mas sua empresa musical foi bem-sucedida na cidade. Eu a conheço, pessoalmente, e sei do prestígio que goza junto à população.

A concepção religiosa levou-a a uma postura com nuance fatalista: achava que estava com câncer e ficou aguardando porque julgava que a doença derivava de outra reencarnação. Ela tinha condições socioeconômicas para providenciar exploração de laboratório e imagem de forma ágil visando o diagnóstico e, assim, iniciar eventual tratamento imediatamente.

O resultado do exame do câncer mostra “alto índice de proliferação celular”, ao mesmo tempo, “margens cirúrgicas de ressecção: livres de comprometimento neoplásico”. Tal informação sugere que o organismo conteve a doença, poupando o entorno de qualquer extravasamento neoplásico, coerentemente à vida da paciente. A frustração afetiva ficou restrita a um período, e não se espalhou – por iniciativa dela – em outros campos de sua existência.

MLVS, 51 anos, casada, doméstica.

Escore Prognóstico: 2,2

Diagnóstico: câncer de colo de útero

Situação mais difícil:

Foi quando fiquei viúva. Com seis filhos pequenos. Sem emprego. É difícil. Ver o filho chorar com fome e você não ter de onde tirar. Fui trabalhar em casa de família, lavando chão. Eu ia pescar no lago à noite, e me alagava – para dar comida pros filhos. Eu caçava, pescava, plantava, colhia, fazia arroz e farinha. Fui mordida de cobra e quase morro! Mas com meus filhos do meu lado. Sofri bastante na minha vida. Diziam que um dia eu ia receber a vitória de Deus.

A pessoa quer fazer, mas não tem como fazer nada. Tem um serviço pra fazer, mas não tenho condição de fazer. Nem eu tenho para comer, nem o meu filho.

Graças a Deus, superei. Eu venci a batalha. → porque Deus mandou uma luz para me libertar daquilo que estava me prendendo. Meus Deus, o que eu vou fazer?! Fazia farinha e vendia para os comerciantes – comprava comida, remédio. Vendia arroz, milho – porque eu vendia o produto. Foi o ganho que Deus me deu.

Também as pessoas me ajudavam. A vizinhança.

O segundo casamento não fez diferença nenhuma mais. Porque do jeito que eu era antes, eu trabalho pra me manter novamente. Para mim e meus filhos. Minha roupa, meus calçados, eu mesmo que luto. Pra mim e meus filhos.

Demorou bastante. Base de um ano, para eu me adaptar e seguir minha vida em frente.

Principal oportunidade: *Por enquanto, sem aproveitamento nenhum.*

Oportunidade nenhuma. Fiquei viúva. Depois me ajuntei. Mais filhos. Sofrimento pior ainda. Depois que me juntei de novo, foi triste pra mim. Fiz coisa errada. Era para ter ficado só com os meus filhos. Digo isso pra ele. Pessoa que não dá amor para ninguém, não dá carinho, só estupidez. Falei pra ele mesmo! Se eu soubesse que era assim, estaria só. Como, bebo, calço às minhas custas. Então, de que adiantou?! Nega qualquer outra oportunidade de mudar de vida.

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Quando fiquei sem mãe [aos seis anos de idade]. Foi golpe triste. Quando a pessoa fica sem mãe, meio adulto, ele sabe se cuidar, mas quando é criança, fica difícil. A gente supera porque Deus é maravilhoso. Uma dava empurrão; outro, mãozada e, outro, tapa. Hoje é diferente; a gente vê criança na rua e a gente agrada, dá um prato de comida, uma roupa. Digo que ele está precisando mais do que*

meu filho! Deus me dá o dobro. Tenho ajudado muita gente em minha casa. Tenho pena das pessoas. Já fui judiada, maltratada. Penso no que já passei e vou ajudar.

Tive oportunidade de outro relacionamento. (Olhos brilham). Não podia devido aos filhos. Foi ele que me ofereceu trabalho no hospital.

Comentário:

O prognóstico Residual – *pouco favorável* – é bastante compatível com a evolução da paciente, cujo tratamento realizado há cinco anos e continua estável. É interessante constatar que apesar da trajetória de vida conturbada, em que a paciente ficou órfã de mãe aos 6 anos de idade, e em pouco tempo morreram mais três irmãos, nova família surgiu depois de um ano, quando o pai casou-se de novo. A paciente viveu com eles durante 12 anos, até se casar e, tudo indica, satisfeita.

Doze anos de casamento renderam-lhe seis filhos e a viuvez. Mas, ela foi à luta e conseguiu cuidar dos filhos. Casou-se novamente após seis meses, surgindo três filhos, e um deles morreu. Aqui ela dá sinais de um certo cansaço, perfeitamente natural aos 51 anos de idade e nove gestações, além de exaustivo trabalho: gostaria que o novo marido a ajudasse mais no cuidado de si mesma e dos filhos. Ele ameaça deixá-la, mas ela se escuda na necessidade de tratar a doença e diz-lhe que faça o que quiser.

Na análise do caso, houve dúvida se a paciente tinha resolvido a situação difícil ou ficara só na aparência. Contudo, a luta para manter os filhos levou-a a sensação de vitória, que ela expressa assim: *Graças a Deus, superei. Eu venci a batalha.* O texto Tipos Prognósticos postula que o Residual *tende a aproveitar de modo suficiente as oportunidades, alcançando realização pessoal satisfatória, dentro de suas possibilidades socioculturais. Assim, como predominam realizações e sentimentos saudáveis no conjunto, a pessoa propende a se recuperar.*

A perspectiva da paciente é de estabilidade clínica, não se esperando recidiva e/ou metástase.

SSA, 53 anos, casado, trabalha com arte em computador, gráfico.

Escore prognóstico: 2,2

Diagnóstico: Neoplasia maligna na nasofaringe

Situação mais difícil: *Eu era afastado da família. Não era chegado nos irmãos. Eu bebia muito. Saía sexta-feira para beber; voltava domingo ou segunda. Preso 17 vezes. Por briga; me atiraram, mas nunca acertaram; facada também, não conseguiram. Acredito em fatalidade, mas não em destino. Não vivia com irmãos. O irmão mais velho era muito chato!*

A gente não tinha convivência um com o outro. Não tinha relacionamento familiar. Não gostava disso – queria era aprontar por aí. Quando parei de beber e fumar há 12 anos, começamos a nos encontrar. Todo fim de semana a gente se encontra na mãe.

Mais difícil? Quando o pai morreu [SSA com 16 anos de idade] – a gente se escorava muito nele. Ele era muito calado. Mudava de rua se tinha alguém discutindo. Sempre na dele. Quando ficamos só 8 irmãos e a mãe – o que a gente vai fazer?! Não conversamos. Ninguém sentou. Ficou todo mundo maluco, perturbado. Fiquei sem caminho; sem saber o que eu ia fazer.

Comecei a ganhar dinheiro e fiquei bonito. Andando com mulher [já casado]. Comecei a dormir fora. Ela [esposa] nunca me denunciou. Me magoo até hoje por causa disso. Ela diz que eu esqueça isso. Comecei a me envolver com outra, que hoje é minha mulher. Sofria ela, sofria eu. Fazia tudo errado. Fiquei doido. Tô indo embora. Ela disse: eu te perdoo. Mas, eu quero ir embora. Não quero te maltratar.

Principal oportunidade: *Quando saí do Banco “X”, eu fiz tantos projetos, mas nada deu certo. Porque não corri atrás. Hoje está dando certo – porque corro atrás. Só de mexer com arte no computador. Eu sinto medo – quando fico sabendo que alguém morreu de câncer, eu me acabo – vou para a cama. Estou montando empresa. Minha mulher vive muito ocupada e eu ajudo ela. Ando de moto. Não gosto de carro – é muito devagar!*

Estou montando a empresa – devagar. Cumprindo item por item do que coloco na agenda. Determino e corro atrás.

No Banco, consegui casa, carro, moto, muitas realizações. Fiz muita coisa. Me tornei um homem quando comecei a trabalhar lá. Trabalhei em gráfica 34 anos. No Banco foi gráfica também. Nunca fiquei desempregado.

Aproveitei mesmo, aprendendo coisas depois. Gastava muito no início. Comecei a administrar e passei a gostar de ter as coisas. Não gosto de pedir nada emprestado para ninguém. Sempre gostei de correr atrás.

Gosto de trabalhar na minha profissão.

Fatos, crenças e sentimentos relevantes:

Mas, não dou o direito de vocês [filhos] fazer nada errado. Destruir família que eu amava tanto por causa de dinheiro, de mulher. Meu filho bebeu um copo de cerveja – fui bater lá e falei para não fazer isso. Não vou proibir, mas o mundo vai ensinar. Eu passei por isso. Não faça. Preparei meus filhos para não apanhar do mundo. Quem ama, educa!

Em relação ao câncer, informa: Pesava antes 103 Kg e estava com 59 – (mostra foto do que era antes). Fui desenganado por 3 médicos. Fiz 35 radioterapias em São Paulo. E

13 quimio. Sinto cheiro, sinto gosto, mas não tenho saliva. Em São Paulo disseram que não é normal, que eu não devia sentir o paladar de nada.

Comentário: A história de vida é compatível com o prognóstico Residual. Teve um transtorno familiar com a morte do pai; depois uma ruptura conjugal. O êxito profissional que se, por outro lado, facultou-lhe desorganizar a vida em família, depois, pelo outro, sustentou-lhe a autoestima e ele persistiu ligado aos filhos e interessado no bem-estar deles. Conseguiu manter um bom relacionamento com a ex- esposa, tanto que ela e a atual são amigas.

Entretanto, a quase “fuga” de casa – iria para Macapá – mostra que o paciente ainda não amadureceu completamente em relação à forma impulsiva que o levou a separar-se da primeira esposa e depois arrepender-se. E se foi tão ruim para ele a primeira separação, outra agora em idêntico patamar de inconsciência, também poderia lhe acarretar posterior desassossego. O texto Tipos Prognósticos sugere que *conquanto as alterações orgânicas possam apresentar-se de modo franco, os fatores psicológicos foram, enfim, amenizados ou extintos e houve mudança significativa no modo de ser e/ou de sentir*. Não se faz aqui nenhum juízo de valor quanto à indissolubilidade do casamento, mas ao fato de que a própria consciência do paciente parece adverti-lo. Tanto que ele relatou a sua intenção, já descartada, à esposa e sentiu-se bem por não ter executado o seu plano. Agir contra o código interno costuma originar consequências para o “infrator”, exceto quando ele encontra justificativas válidas e consistentes para si mesmo.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS: baseadas em todas as respostas.

Tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico

AOS: Onze meses

MLVS: Pelo menos três meses

SSA: Em torno de quinze dias.

Comentário: Não fosse pelo dilatado intervalo de AOS, a média de tempo seria curta. A postura expectante de AOS merecerá discussão no item Considerações Preliminares, abaixo.

A doença tem relação com:

AOS: *Como espírita, eu acredito em acerto de contas... Pra eu aprender a ser mais humilde, menos arrogante, mais paciente, saber esperar, menos vaidade. Foi uma lição. Fui a primeira na família a ter câncer de mama.*

MLVS: *pensava no vírus do marido. Os médicos “X” e “Y” me disseram: começa da roupa, que um mosquito senta no varal, e vem do marido também; da relação sexual. Você não pode ter relação sem preservativo. O vírus tá nele e passa pra você novamente.*

SSA: *Fumei 27 anos – duas carteiras por dia. Pode ser da bebida também e de uma pancada. Eu pulava em rio, de qualquer altura. Levei muita pancada; tenho um buraco aqui de 8 pontos. Além das pancadas da vida.*

Comentário: AOS revela um tanto de culpa, quando diz *eu acredito em acerto de contas*, todavia coloca como lição *aprender a ser mais humilde*, o que é muito genérico e não condiz com sua postura existencial, destituída de arrogância. MLVS, em sua singeleza, contenta-se com a teoria infecciosa. SSA admite a influência do cigarro e da bebida, mas acrescenta o traumatismo e *as pancadas da vida*, deixando entrever uma noção mais ampliada e multifatorial da doença.

O que você pensa sobre a sua cura:

AOS: *Tenho vergonha de dizer que estou curada... Porque não sei o que Deus reservou para mim... Não sei o que estou devendo... Porque é muita prepotência dizer isso. Também porque a célula do câncer é muito traiçoeira. Pecadores como somos, não acredito em milagre e sim em merecimento.*

MLVS: *com o poder de Deus. Ele viu que eu tinha muitos filhos para criar e que sou mulher batalhadora e me deu essa vitória.*

SSA: *Foi uma grande vitória de fé e da medicina. Uma luta. Muitos foram vencedores, inclusive eu, que estou vivo. Fiquei muito debilitado. Sempre buscando novidade, alguma coisa mais, para distribuir para os outros.*

[Cura] garantida... minha fé é a maior que tudo. A minha luta diária, a minha contribuição para que isso possa acontecer. De braço cruzado você não ganha – você tem que lutar. Estou curado devido minha fé, minha luta.

Comentário:

AOS tem uma visão da doença como algo externo que se insere no corpo. A moléstia veio para resgate do passado, especialmente de vidas anteriores e é Deus que decide sua cura, condicionada à questão de merecimento. Isso gera uma forma de alienação do processo, que parece existir por si só e evoluir à revelia do doente.

MLVS e SSA trazem para si mesmos o mérito do resultado; a primeira divide-o com Deus e, o segundo, com a medicina. Eles apontam a *batalha* para criar os filhos e a *luta diária* como instrumentos de obtenção da cura. Ambos aparentam mais segurança quanto ao

êxito, não vendo na célula cancerosa um dispositivo traiçoeiro. O texto Tipos Prognósticos propõe que *há enorme possibilidade de perturbações orgânicas se curarem, reproduzindo a solução do quadro mental. Resta saber se há um período máximo de tempo em que tal desfecho propício pode ocorrer, e a partir de qual duração e/ou intensidade o quadro psicológico se tornaria, em tese, irreversível*. Aparentemente, correção da trajetória de vida em tempo hábil converte-se em procedimento indispensável para o regresso à saúde, uma vez manifestada a doença. Além da hipótese quanto à irreversibilidade da alteração física pela ausência de retificação emocional – como visto no tipo Estagnado – pode-se acrescentar uma questão importante: quanto tempo transcorre desde a vivência infeliz ou desajustada e a respectiva concretização somática?! E quais são os fatores envolvidos? A duração do intervalo tem alguma relação com a gravidade da doença?

Como era a sua vida quando criança:

AOS: *Maravilhosa. Muito feliz. Muitos amigos. Sempre divertida, alegre, dinâmica, líder do grupo. Nunca tive dificuldade pra fazer amigos.*

Infância pobre, poucos recursos – eu que construía os meus brinquedos. Boneca era espiga de milho. Tudo muito improvisado. Mas, a gente brincava de muitas coisas – bete, bola, amarelinha, corrida. Brincadeira sempre em grupo.

Adolescência foi mais isolada. Mais amizade com homem do que mulher. Namorei muito – de A a Z. Não era bonita, mas tinha muita simpatia e carisma. Todos os rapazes que eu queria, eu tive. Namoro só. Saí de casa virgem. Nunca dei problema para os pais. Perdi a virgindade quando fui morar sozinha.

MLVS: *Quando mãe viva, era boa. Depois, sofrendo na mão de um e de outro. Pai trabalhava e à noite fazia comida pra nós dois. Depois que ele casou de novo, aí melhorou cem por cento. Me levou da casa onde eu tava e fui morar com ele. Casei e fiquei morando perto dele.*

SSA: *Foi boa. Porque o ser humano que nós somos hoje, nós tiramos isso dentro de casa. Irmãos e eu somos honestos, trabalhadores... Ninguém tinha liberdade pra nada. Às 18 h todo mundo tomando banho para deitar. Tempo de lamparina. Quando surgiu TV na rua, todo mundo ia pra lá.*

Comentário: a infância dos três pacientes do grupo ficou entre boa e maravilhosa. AOS inclui a adolescência, quando namorou muito, mas aguardou sair da casa dos pais para iniciar sua atividade sexual. MLVS teve um baque por ocasião da morte da mãe, e houve um período de sofrimento. Contudo, o pai não demorou a se casar novamente e *aí melhorou cem*

por cento, tanto que, depois do seu próprio casamento, continuou morando perto do pai e da madrasta. SSA relata que não tinha liberdade pra nada, mas ele e os irmãos extraíram humanidade de dentro de casa. Cotejando os três casos, nota-se que as circunstâncias favoreceram a todos, de diferentes modos, porém o que mais se destaca é a rapidez com que o pai de MLVS recompõe a sua família, ao se tornar viúvo, o parece ter sido muito benéfico para a paciente. O texto Tipos Prognósticos afirma: importa observar que as circunstâncias de vida parecem corrigir-se, espontaneamente, trazendo alívio para situações angustiosas tanto na família como na profissão. No entanto, o resultado dependerá do aproveitamento que a pessoa realiza. MLVS não fica se lamentando da morte da mãe; ao contrário, constrói boa convivência com a madrasta e, mesmo depois de casada, reside na vizinhança de ambos.

O que você acha da sua vida, depois que se tornou adulto até hoje:

AOS: *Exemplo de simplicidade, de luta, de vitória. Consegui tudo com o suor do meu rosto... Não recebi herança. Ele [pai] me deu acesso ao estudo, à informação. Acho minha vida um negócio, de boa.*

MLVS: *Boa, graças a Deus. Eu adoeci, mas Deus me deu a vitória... Acabar de criar os meus filhos.*

Antes, vivia só trabalhando... Na casa dos outros e na Colônia¹⁵ – para dar de comida aos meus filhos. Depois que adoeci, o marido ia só. Porque eu sentia dor 24h.

Hoje eu trabalho na minha casa mesmo. Cuido da casa, do quintal, dos meus dois filhos.

SSA: *Me casei muito novo, comecei a trabalhar no Banco... aos 23 anos – trabalhei 14 anos. Vida tomou outra direção. Me casei. Comecei a beber a andar com outras mulheres. O dinheiro modificou minha vida. Fiz tudo errado. Me casei com minha vizinha – mais nova 7 anos do que eu. E eu tinha 19 anos. Ela engravidou e pai dela pôs pressão em nós – eu estava apaixonado e casei mesmo.*

Agradeço mãe pelas peias até hoje. Era de joelho em cima do milho. Mãe era professora. Errava tabuada e levava palmatória ou ficava de joelho. Casamento foi liberdade. E fiz tudo errado. Tudo o que eu fiz, a mulher era uma grande mulher – uma irmã. A segunda é uma encenqueira. Depois do câncer, virei coitadinho. E resolvi me aquietar. Ela lutou junto comigo na doença. E orava muito, não me largou um instante!

¹⁵ Grupo de casas de colonos de lavoura.

Comentário: a principal turbulência destes pacientes aconteceu na relação a dois, sendo que com AOS foi aos 19 anos de idade. Coincidentemente, SSA casou-se com idêntico estágio cronológico, mas sua separação conjugal aguardaria o aparecimento do êxito profissional, o nascimento de três filhos e o decurso de treze anos. MLVS casou-se aos 17 anos, e teve seis filhos, quando ficou viúva. O marido *bebia muito, alcoólatra e tinha asma*. Seguindo as pegadas do pai, ela diz: *seis meses depois me juntei com outro*. No entanto, a paciente não se deu tão bem quanto ele. *Eu doente aqui e ele [marido] sacaneando comigo. Dizendo que ia embora e deixar os filhos*.

Você já sentiu alguma coisa que você não queria sentir ou já teve algum impulso que você não queria ter ou, ainda, tomou alguma decisão importante em dúvida ou contra a própria vontade?

AOS: *Todas as respostas são sim. Pedir para o meu marido se retirar. Não queria, mas tive que tomar uma decisão. É necessário tomar a decisão correta. Quem ama, liberta. Foi mais fácil tirar a mama [cirurgia] do que separar.*

MLVS: *Não.* (Repito as opções uma por uma e a paciente nega).

SSA: *Ia tomar uma decisão. O câncer me ensinou muito. Eu estava determinado a deixar minha mulher. Ela batalhou tanto por mim. Eu ia para Macapá com minha irmã e não ia voltar mais não. Eu tinha planejado ir para lá. Foi me magoando – como eu ia fazer isso?! Eu dizia: eu vou embora. Porque ela é briguenta. Até por causa de comida. Porque não posso comer algumas coisas. Determinado – há mais ou menos 3 meses.*

Mudei [de ideia]: foi o coração; e o que ela fez por mim. Quando passei mal, ela montou em cima de mim, pediu socorro... Orou e rezou. Me trouxe para cá. Aí contei para ela. Me senti bem. Ela disse: não acredito que você ia fazer isso.

Pois é, você me deu prova que é minha mulher mesmo.

Comentário: O exemplo citado por AOS não é doentio, pelo contrário, o marido estava com um relacionamento afetivo paralelo já havia bastante tempo. Manter-se nessa conjuntura seria muito mais arriscado para o seu próprio bem-estar, conseqüentemente, para a sua saúde. Existem decisões difíceis que requisitam coragem e determinação para executá-las e que andam longe de se proporcionar qualquer prazer. O mesmo não ocorria com SSA, que tencionava deixar a esposa secretamente. O Tipo Progressivo, estudado antes, evidenciou os estragos que se provoca no parceiro ao se agir de tal modo. É muito provável, como analisado acima, que o paciente se visse dominado por incontrolável sentimento de culpa, caso se empolgasse pela atitude precipitada.

Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?

AOS: *menti que estava bem, fingi que não doeu e disfarcei para ninguém saber. Em relação a traição.*

MLVS: Não. (Nega todas as opções)

SSA: *Com mulher, eu mentia mais que... Hoje, odeio mentira. Mentia e achava divertido. Magoei muitas pessoas por causa disso. Agora, faço questão de dizer as coisas. Digo exatamente onde vou. Mudei quando comecei a ser vítima. Traz muito prejuízo para o coração e a mente. Você olhar para a cara de pessoa e descobrir que está mentindo. Pastor me disse: nunca deixe de dizer a verdade. Mesmo que leve dor, desespero, tristeza para alguém. Depois vem o sorriso. Eu não poderia cobrar do outro porque estou fazendo errado também. Eu fui vítima de mentira também. Omitir também é mentira. Às vezes, é necessário mentir, mas as consequências são pra você. Não gosto nem de mentir no preço das coisas.*

Comentário: novamente, AOS relata um comportamento que, até certo ponto, parece ser saudável e/ou necessário. Expor o próprio drama de vida de forma irrefletida e, às vezes, midiática contribuiu para a banalização de fatos de profundo valor e que deveriam ser guardados do olhar indiscreto ou jocoso. SSA revela amadurecimento ao parar com suas mentiras, embora se possa discordar da valorização absolutista da verdade. Ele admite: *às vezes, é necessário mentir*, entretanto, não vislumbra nenhuma situação em que isso traga benefícios ou, pelo menos, evite danos piores. Em certas condições, a verdade corrói e não promove nenhuma vantagem. Dosá-la requer discernimento e torna-se muito recomendável.

Reúne-se no **Quadro 9**, abaixo, os dados mais relevantes do Tipo Residual. E, logo em seguida, a **Figura 12** exhibe os fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do Tipo Residual.

Quadro 9 – Síntese das entrevistas do tipo residual

Questões	AOS	MLVS	SSA
Como você lidou com a situação mais difícil de sua vida?	<i>Eu me fechei para o mundo, me tornei mais triste, mais calada</i>	<i>Quando fiquei sem mãe... foi golpe triste, quando fiquei viúva [6 filhos], ver filho chorar com fome, fui trabalhar em casa de família</i>	<i>Destrui família que eu amava tanto por causa de dinheiro e mulher</i>
Como foi seu aproveitamento diante da principal oportunidade	<i>A principal foi nascer, foi dar oportunidade para os meus filhos nascerem</i>	<i>Fiquei viúva. Depois me ajuntei. Mais filhos. Sofrimento pior ainda. Era para ter ficado só com os meus filhos.</i>	<i>Fiz muitas coisas, consegui casa, carro, moto, muitas realizações...nunca fiquei desempregado.</i>
Tempo entre os sintomas e diagnóstico	<i>Um ano ou mais</i>	<i>Pelo menos três meses...</i>	<i>Em torno de um mês</i>
A doença tem relação com	<i>Acerto de contas, para eu aprender a ser mais humilde</i>	<i>Começa da roupa, que um mosquito senta no varal... e vírus do marido também; da relação sexual</i>	<i>Através do cigarro</i>
O que você acha de sua cura	<i>Tenho vergonha de dizer que estou curada, porque não sei o que Deus reservou para mim</i>	<i>Com o poder de Deus. Ele viu que eu tinha muitos filhos para criar e que sou uma mulher batalhadora e me deu essa vitória</i>	<i>Garantida, porque minha fé é maior do que tudo</i>
Como era sua vida quando criança e adolescente	<i>Maravilhosa, muito feliz</i>	<i>Quando mãe era viva, era boa. Depois sofrendo na mão de um e de outro</i>	<i>Nunca tinha tempo para vagabundagem, sempre de luta</i>
O que você acha de sua vida quando se tornou adulto	<i>Exemplo de simplicidade, de luta, de vitória</i>	<i>Fazia farinha e vendia para os comerciantes – comprava comida, remédio... Vendia arroz, milho...</i>	<i>Me casei, comecei a beber e andar com outras mulheres. Casamento foi liberdade (mãe muito rígida)</i>
Você já sentiu algo, ou teve impulso ou tomou decisão importante que não queria ou contra sua vontade?	<i>Pedir para o meu marido se retirar, não queria mas tive que tomar uma decisão</i>	<i>Tive [mais] 3 filhos, morreu o mais novo e ficaram dois. Até hoje ainda estou com este marido. Aos trancos e barrancos, mas estou com ele.</i>	<i>Eu estava determinado a deixar minha mulher, ela batalhou tanto por mim. Eu ia para Macapá com minha irmã e não ia voltar mais não. O câncer me ensinou muito.</i>
Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?	<i>Menti que estava bem, fingi que não doeu</i>	<i>Tive oportunidade de outro relacionamento – [olhos brilham]. Mas não quis.</i>	<i>Com mulher eu mentia mais. Hoje odeio mentiras. Magoei muitas pessoas por causa disso.</i>

Figura 12 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo *residual*

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A análise de possível fator comum aos três pacientes, com atenção direcionada para o terreno afetivo, permite conjugar com o dito no texto Tipos Prognósticos: *O indivíduo processou os seus conflitos de forma parcial ou arrastada. O mais comum é que ele tenha superado quase todas as situações adversas, ficando apenas uma ou outra pendência que, no entanto, mesmo trancafiadas no silêncio e no ocultamento, causaram-lhe dissabor, frustração ou mágoa e eclipsaram o seu bem-estar pleno durante longo tempo. Tais questões cuja resolução demanda anos ou décadas, constituem a essência de sua própria enfermidade.* O conceito se aplica, no caso de AOS, à década despendida para processar a

ruptura interna com o primo: *Demorei uns dez anos para esquecer. Se hoje ele ficasse viúvo ou se separasse e me quisesse, eu iria morar com ele.* Em relação a MLVS, pode-se presumir, em tese, que a conduta de seu marido lhe acarretou igualmente demorado sofrimento: *Morei doze anos com o esposo e aí ele faleceu. Ele bebia muito, alcoólatra e tinha asma. Todos os filhos são vivos.* A sobrevivência dos filhos talvez lhe tenha custado heroico esforço e a sobrecarga mostrou-se através do câncer, sugestivamente, de útero. E quanto a SSA, importa acrescentar suas palavras em torno da própria trajetória afetiva: *Pai morreu eu tinha 16 anos. Me casei aos 19 anos. Eu bebia e troquei logo de mulher – 13 anos depois; com esta estou [há] 21 anos. Gostaria de estar com a primeira ainda; tivemos 3 filhos. Até hoje é como irmã pra mim. Uma filha do segundo casamento, fazendo faculdade.* Note-se que 13 anos não é pouco tempo, pois teve três filhos com a primeira esposa durante o período, portanto, há que se cogitar na afirmativa indício de culpa. Restou em seu íntimo algo mal resolvido. *Gostaria de estar com a primeira ainda.* Tal sensação aventa a possibilidade de que SSA ainda não se desvencilhou profundamente de sua primeira esposa, o que inclinaria o paciente para o tipo Estagnado.

A culpa no tipo Residual assume dimensão mais leve, em comparação com os anteriores, o que se destringará na Discussão. Aqui, restringe-se a focalizar tal sentimento apenas nesses três pacientes. Em AOS, o conflito de consciência transparece, sutil, de sua crença espírita. Ela resume o seu entendimento do tema na asserção: *Pecadores como somos, não acredito em milagre e sim em merecimento.* Não há culpa densa, referente a determinada falta cometida no pretérito, mas o pecado difuso, que só pode se remitir pelo merecimento. O apóstolo Paulo discordaria, já que diferencia e valoriza tanto a graça como o mérito: *Mas se é por graça, já não é pelas obras; de outra maneira, a graça já não é graça. Se, porém, é pelas obras, já não é mais graça; de outra maneira a obra já não é obra (Rom, 11:6).* Portanto, encastelar-se na exigência de merecimento para a cura, listando-se entre os pecadores, sugere culpa consciencial, o que pode ter contribuído para a sua postura expectante, ao passo que deveria ter procurado o diagnóstico de modo ágil, ao admitir-se com câncer.

Em sequência, ainda no tema culpa, veja-se a declaração de SSA: *Comecei a ganhar dinheiro e fiquei bonito. Andando com mulher [já casado]. Comecei a dormir fora. Ela [esposa] nunca me denunciou. Me magoo até hoje por causa disso. Ela diz que eu esqueça isso.* A esposa nunca reclamou, nem fez qualquer cobrança quando ele começou a dormir fora, todavia ele se *magoa* até hoje por isso. O paciente teria outras opções de sentimento para consigo mesmo: ao ver que a atual esposa e a primeira tornaram-se amigas, ele poderia

sentir-se mais aliviado. *Minha esposa atual não tem ciúme da primeira. Elas se abraçam.* Ante o desfecho, caberia mais tranquilidade de consciência. Além disso, ele continua empenhando-se na educação dos filhos, como atesta seu relato: *Reuni os filhos: não dei bom exemplo. Filha pastora. Um filho açougueiro. Mas, não dou o direito de vocês fazer nada errado. Destruir família que eu amava tanto por causa de dinheiro, de mulher. Meu filho bebeu um copo de cerveja – fui bater lá e falei para não fazer isso.* Entretanto, ao mesmo tempo em que peleja com os filhos, vaza um resíduo de culpa, ao enunciar que destruiu a família que amava tanto...

A culpa em MLVS adquire características diferentes de AOS e SSA, conforme a primeira se expressa: *Fiquei viúva. Depois me ajuntei. Mais filhos. Sofrimento pior ainda. Depois que me juntei de novo, foi triste pra mim. Fiz coisa errada. Era para ter ficado só com os meus filhos. Digo isso pra ele. Pessoa que não dá amor para ninguém, não dá carinho, só estupidez. Falei pra ele mesmo! Se eu soubesse que era assim, estaria só. Como, bebo, calço às minhas custas. Então, de que adiantou?! Tem-se aqui um arrependimento legítimo. Não cometeu nenhum impulso, semelhante a SSA, nem se radicaliza no mérito em detrimento da graça, como AOS. Aparentemente, a atenção da paciente gira em torno da subsistência. Sente inegável compromisso e amor pelos filhos, mas as necessidades do dia a dia sobrecarregam-na. Há que se reconhecer que ela foi à luta, quando ficou viúva. Não se acomodou. Tinha expectativa de que o segundo marido a ajudasse, o que não aconteceu. Mas, tudo indica que ela estava conseguindo cuidar dos filhos, sozinha. *Eu venci a batalha.**

No tocante à sequência da vida, a pessoa manifesta que amalhou aprendizado com a experiência adversa por meio de duas alternativas: 1. Não reincide em engano idêntico ao já cometido, mesmo quando aparecem condições indutoras; 2. Não estaciona na frustração e/ou culpa e leva adiante o seu projeto, frequentemente, recomeçando a iniciativa fracassada em outras bases ou com outra figura. Aqui se pode equiparar com a ideia de **resiliência**. O sujeito reergue-se para a vida, retoma a luta e busca a concretização do objetivo, frustrado anteriormente. Ainda existe risco, mas reconstrói-se com o material de que já se dispõe

Recorde-se aqui uma das definições dessa qualidade:

A resiliência é um aspecto psicológico, definido como a capacidade de o indivíduo lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas – choque, estresse etc. – sem entrar em surto psicológico (SOUTHWICK et al., 2014, p. 12, tradução nossa).

De fato, a solução implica na retomada do problema e/ou fracasso pendente a fim de dar-lhe nova realização, desta vez, exitosa no todo ou em parte. Concluiu-se, portanto, que

a experiência malsucedida e conservada no íntimo corresponde ao fator etiológico, ao passo que a preocupação com ela sinaliza a postura resiliente. Falta a alguns pacientes, nessa hora fundamental para a sua saúde, o discernimento de que o resgate da empresa malograda afigura-se, por si só, ganho considerável. Contudo, não se centrando em si mesmos, novo insucesso os afeta duplamente, já que dependem do resultado para a sua satisfação, e desprezam o valor da própria iniciativa, de sua coragem e esforço.

Assim, AOS fica deitada em posição fetal durante 10 meses e necessita mais 10 anos para esquecer o primo. Depois do longo calvário, enfim, descobre-se em novo romance. Casa-se. Tem dois filhos e aplica-se de corpo e alma na sustentação do casamento, até reconhecer que o marido não era mais seu marido, mas de outra. Sem atitudes impetuosas, decidindo em conjunto com os filhos, decidiu-se pela angustiosa separação. MLVS também não se acua com a viuvez. Suas forças cansadas e os seis filhos clamam por recomeço. Divisa em novo marido a solução e lança-se na execução do plano. O nascimento de três filhos, dos quais um morre, exigem trabalho reduplicado. O companheiro não lhe corresponde à expectativa. Então, a doença parece vir em seu socorro e obriga o marido a cuidar dos filhos, dando à paciente o justo repouso. SSA moveu-se na consecução de novo relacionamento de forma um pouco precipitada. Eis aí um detalhe precioso: não basta ser capaz de reiniciar a experiência fracassada, em novo patamar, porém é indispensável concluir aquela que se definha com paciência e boa vontade. Um dos critérios que se pode levar em conta é se o cônjuge encontra-se igualmente apto à separação. Ressalve-se que em certos casos o parceiro já se ausentou do casamento por várias razões – profissionais, afetivas ou sociais – e mantém-se na união às vezes por motivos constrangedores, a exemplo da dependência econômica. A espera do momento mais propício para encerrar um casamento parece ser fundamental para se sair inteiro. Sofre-se, sem dúvida, pelo afastamento das pessoas queridas, em especial dos filhos, mas a consciência exhibe-se livre de culpa, quando se empenhou com todas as forças e paciência. SSA não goza desse benefício e está sempre às voltas com o arrependimento por sua saída abrupta, e a custo não reitera atitude semelhante, pois se sente impelido a abandonar a atual esposa repentina e ocultamente.

Entretanto, a realização pessoal vem contrabalançar as coisas em favor dos três pacientes, e a ordem nesse quesito estabelece com aparente clareza que a mais bafejada foi AOS, seguida por SSA e, por último, MLVS. Conforme dito acima, AOS montou empresa artística com grande reconhecimento na cidade. SSA trabalhou em gráfica durante 34 anos, e teve muitas realizações. Vencido o embate atual com o câncer, está se propondo a montar novo empreendimento, o que o insere com mais força no item anterior: *não estaciona na*

frustração e/ou culpa. MLVS não alcançou tanto galardão social, mas parece ter mais noção de sua própria conquista. Ela capitaliza a própria tenacidade. Quando fiquei viúva. Com seis filhos pequenos. Sem emprego. É difícil. Ver o filho chorar com fome e você não ter de onde tirar. Fui trabalhar em casa de família, lavando chão. Eu ia pescar no lago à noite, e me alagava – para dar comida pros filhos. Eu caçava, pescava, plantava, colhia, fazia arroz e farinha. Fui mordida de cobra e quase morro! E continua o seu relato posteriormente: ***Graças a Deus, superei. Eu venci a batalha.*** [Grifo nosso]. *Porque Deus mandou uma luz para me libertar daquilo que estava me prendendo. Meus Deus, o que eu vou fazer?! Fazia farinha e vendia para os comerciantes – comprava comida, remédio. Vendia arroz, milho – porque eu vendia o produto. Foi o ganho que Deus me deu.* Notável depoimento de uma heroína. Não tem aplauso popular nem dividendos bancários. Mas, traz em si mesma a condecoração dos vencedores de uma luta insana, repleta de bravuras. A paz de consciência de MLVS parece lhe credenciar um bom prognóstico.

Finalmente, alguns elementos merecem análise, embora de peso secundário: o sentimento de que algo, inclusive o câncer, poderia ser pior. O texto Tipos Prognósticos propõe: *Costuma olhar suas experiências difíceis admitindo que poderiam ser piores ou que a fase de vida em que ocorrem não lhe acarretam consequências tão drásticas quanto se fosse em outra época.* Analisa-se caso a caso:

1. Nesse aspecto, AOS mostra-se exuberante: *eu agradei a Deus – porque o câncer veio quando eu já tinha amamentado meus filhos e agora [as mamas] eram só enfeite.* Nem por isso, ela deixaria de se submeter à cirurgia plástica e colocação de prótese. Alguns meses depois, ela exalava contentamento. Sentia-se refeita e estava de namorado novo.
2. No tocante a MLVS, surge uma chance de agir contra o seu próprio juízo, mas a paciente repele a proposta e conserva-se fiel a si mesma: *Tive oportunidade de outro relacionamento.* [Olhos brilham]. *Não podia devido aos filhos. Foi ele que me ofereceu trabalho no hospital.* É muito provável que MLVS não tenha a menor ideia dos princípios éticos por trás de sua escolha e da possível implicação positiva em sua saúde.
3. Quanto a SSA, vê-se que tomou a firme decisão de ajudar pessoas em situação semelhante a que ele superou. Ele descreve a seguinte situação: *Escutei voz dizendo: entra! Escutei de novo. Estou ficando doido?! Vi um homem muito gordo. Entrei e conversei com ele. Acabou de ser desenganado – estava com câncer. Conteí minha história e fui mostrando fotos. Tive fé e lutei para ficar vivo. Três meses depois começaram a apontá-lo na rua. Era o mesmo doente – indo para Barretos fazer*

tratamento. Emagreceu. Se eu tiver que morrer, vou morrer fazendo isso. Naturalmente, a hipótese aqui levantada não endossa a exaltação na confiança que se recuperará a saúde como causa suficiente para o êxito. Primeiro, há que se valorizar a resolução dos conflitos e frustrações, e os sentimentos inerentes a tais fatos no enfermo. Contudo, alguém que luta com esperança de resgatar a higidez oferece melhores condições para o tratamento do que o depressivo ou revoltado.

Para encerrar, apresenta-se a letra da música *De onde vens*, de Dori Caymmi e Nelson Motta (<https://www.youtube.com/watch?v=dPXCSmJsXes>), que exprime com muita beleza e sensibilidade o trajeto percorrido por AOS em seu pungente distanciamento do dileto primo. Os familiares afastam-nos um do outro pelo temor de que a união lhes suscite descendentes com malformação genética. É interessante constatar que os grandes e inestancáveis sofrimentos, geralmente, são impostos pelas pessoas amadas. Não se padece tanto se porventura o desgosto vem por mãos estranhas. O mais útil nessa reflexão, porém, é verificar que AOS não se limitou a amar apenas a outro jovem. Quando a pessoa se transforma em monocultura afetiva, a privação do ente querido ocasiona-lhe ruína completa e a ideação suicida abrolha em sua mente. Não encontra motivação para elaborar qualquer novo plano. Tudo lhe parece vazio, deserto. Consterna-se. Mas, o coração de AOS acrisolava outra paixão imensurável, e sua resiliência haveria de sustentá-la na custosa e lenta restauração de si mesma: a arte. O verso do poema, abaixo, retrata o seu interior: *No peito aberto uma canção*. De seu peito, evolavam-se os acordes que a induziriam a se tornar profissional de música. Esse trabalho preencher-lhe-ia o tempo, requisitar-lhe-ia as energias. Dez anos depois, ei-la casando-se e levando a vida em frente. A diversificação de afeições salvou-a. Nem só de nostalgia do primeiro amor viviam os seus anelos.

DE ONDE VENS

*Ah, quanta dor vejo em teus olhos
Tanto pranto em teu sorriso
Tão vazias as tuas mãos
De onde vens assim cansada
De que dor, de qual distância
De que terras, de que mar
Só quem partiu pode voltar
E eu voltei pra te contar
Dos caminhos onde andei*

*Fiz do riso amargo pranto
No olhar sempre os teus olhos
No peito aberto uma canção
Se eu pudesse de repente te mostrar meu
coração
Saberias num momento quanta dor há dentro
dele
Dor de amor quando não passa
É porque o amor valeu!*

7.5 TIPO RESOLVIDO

Recorda-se na **Figura 13**, abaixo, as principais características do **Resolvido** – *prognóstico muito favorável*, extraídas do texto Tipos Prognósticos, descrito na Metodologia:

Figura 13 – Tipo resolvido – elementos prognósticos

Compara-se a seguir, as respostas dos três pacientes do grupo às nove questões, começando pelas duas que suscitaram dados mais significativos para a análise do caso.

RPGB, 81 anos de idade, sexo masculino, casado.

Escore Prognóstico: 1,4.

Diagnóstico: Câncer de próstata – cirurgia 3 anos e 4 meses antes. Proctite crônica por radiação, com sangramento ocasional.

Situação mais difícil: *Meu pai morreu quando eu tinha 18 anos de idade. Minha mãe estava amamentando dois dos meus irmãos. Ela não quis mais homem. Dei sustento até ela morrer [aos 80 anos de idade]. Graças a Deus. Não tenho o que reclamar da vida. Homem muito de sorte. Andava com pasta cheia de dinheiro... não era meu – era do homem. Tenho*

essas barraquinhas aqui, mas foi trabalhando. Comprei sitio – Senhor WB. Eu devia para ele. Depois ele me chamou para cuidar de tudo dele. O que é da gente, não adianta o outro pegar.

Eu me casei aos 25 anos e tinha duas famílias: uma com minha esposa e outra com minha mãe. Eu criei seis irmãos. Trabalhei dia e noite para que a gente nunca passasse fome.

Principal Oportunidade: *Fiquei com um dinheirinho – fiquei negociando. Comprando uma coisa e outra. Comprando banana – vendi tudo. Não tenho vergonha de vender algo no meio da rua. Um irmão encheu o carro para vender, mas ele disse que não ia. Desonra é você roubar. Só fazia o que dava para fazer. Nunca gostei de dinheiro em banco. Não gosto de fila. Tinha comercio. Apurava o dinheiro e comprava as coisas.*

A mulher mais bonita que tinha aqui era esta. Falei vou me casar com ela. Estive noivo e ela não acreditou na minha palavra. Então, não quero mais. Até hoje ela está solteirona. Não dá certo, é melhor antes de casar. Fiz festa no dia que ela embarcou – comecei a namorar com esta aí. Cinquenta e cinco anos de casado – nunca dei um empurrão nela. Ela andou doente – gastei fortuna. Nunca pedi nada pra ninguém. Hoje ela tá aí conversando mais eu.

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: O pai morreu quando paciente tinha 18 anos de idade, e ele sustentou duas famílias (mãe e irmãos, e com a esposa). Julga-se abençoadado, crê que todos gostam dele; diz ter a consciência limpa, é sincero, e faz o que quer. RPGB mostra-se muito pronto em suas decisões desde a mocidade. Talvez, em relação ao término do noivado, tenha sido um pouco fanfarrão, não vivenciando sua própria tristeza, mas tudo indica que seu casamento foi bem-sucedido. Sua esposa o acompanha nas consultas, tanto no Hospital como em domicílio. Tratam-se um ao outro com proximidade. Destaca-se, acima de tudo, a postura responsável e solidária do paciente para com sua mãe e irmãos depois da morte do pai. Não escolhe serviço nem estipula qualquer privilégio para si em comparação aos familiares. Durante a visita domiciliar, este pesquisador constatou a atenção carinhosa de um irmão, levando-lhe uma cesta de alimentos colhidos em seu sítio.

Comentário: O prognóstico Resolvido parece ser compatível com o caso. Aparentemente, o paciente sempre foi decidido. Não carregou problemas dentro de si mesmo. Não deu certo com a moça que queria, foi rápido para se casar com outra. E tudo indica que viveu bem com ela durante os cinquenta e cinco anos de convivência. Apesar da falta de estudos e da orfandade, assumiu o cuidado dos irmãos e se deu bem na empresa onde trabalhou. É querido pelos familiares e valoriza muito isso. Apesar de não ter cursado

faculdade, o paciente também demorou alguns anos para se casar, fazendo-o quando completou vinte e cinco anos de idade. Nesse período, foi igualmente à luta para sustentar mãe e irmãos. E, ao casar-se, persistiu amparando-os, especialmente a mãe durante muitas décadas. Essa responsabilidade para com seu grupo familiar lembra uma *missão* de vida. O texto Tipos Prognósticos propõe: *É uma pessoa que faz a alquimia das dores e angústias de sua trajetória – inclusive da doença – em solidariedade e missão. As situações complexas e os infortúnios parecem encontrar uma armadura e não a afetam, ou ela se recompõe em breve tempo.*

A proctite, em seguida à radioterapia, ocasiona-lhe sangramento retal intermitente. Tal hemorragia discreta parece reproduzir o esforço do paciente, que durante muito tempo “deu” o próprio sangue, no trabalho, a fim de manter o bem-estar dos familiares. É possível que o seu câncer tenha sido debelado em definitivo, restando agora somente os ecos da batalha vencida desde o início da adultez. Cabe conjecturar que o êxito profissional alcançado não lhe proporcionou uma aposentadoria tranquila, o que possivelmente lhe incite preocupações e angústias, e isso também explicaria a persistência do sangramento retal.

IVB, sexo feminino, 69 anos, casada, professora.

Escore prognóstico: 1,6

Diagnóstico: Carcinoma cribriforme invasivo da mama direita, grau histológico I e grau nuclear II. Cirurgia há nove anos.

Situação mais difícil: A morte da mãe. *Ela morava comigo, nos últimos anos. Incapacidade de morar só. Marido aceitou – ela foi morar com a gente. Fiquei abalada, desnorteada. O primeiro quarto era o dela. Eu chegava e corria para lá. A perda do pai também foi difícil. A paciente jogava a culpa das coisas nele. Quando ele morreu, eu não estava aqui. Estava no Rio de Janeiro, filho de 2 anos com problema de vista. Fiquei uma coisa que não foi bem-acabada. Não pude conversar e dizer da admiração por ele – inteligente, culto.*

Principal oportunidade: *Ser professora, ainda leiga, numa igreja católica – ganhei muito pouco lá porque não tinham dinheiro para pagar a gente. Mas lá, mostrei que tinha capacidade, brilho. Depois, foi trabalhar como professora, recebendo verba federal durante três anos. Muito, muito feliz! Aproveitei com unhas e dentes. Fiz concurso e me assegurei como técnica em educação. Depois Universidade. Trabalhava feriado e dia santo para ganhar um pouco mais. Não ascendi mais profissionalmente porque não me interessava por gestão. Sempre fui de sala de aula.*

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Quando com menos de 2 anos – resgatei através da terapia; tinha pedaços que eu não lembrava – aí meus pais se separaram; mãe saiu e só levou a mim. Eram mais dois homens e duas mulheres – cinco comigo. Mãe teve outro companheiro, logo em seguida. Pai também. Aí tive outro irmão. O casamento não deu certo e ficamos mãe, eu e o irmão. Penúria, pobreza. Aos 14 anos fui trabalhar. Estudava com dificuldade. Depois eu me casei com 25 anos. Menina, boba. Zero em termos de sexo. Não tinha conversa em casa. Muito tímida, acanhada. Estou com 44 anos de casada – dei sorte de encontrar um homem que entendeu os meus medos e traumas. Dois filhos.*

E mãe fazia de tudo para eu dar certo. Irmã mais velha também me ajudou a estudar. Outros irmãos também – me sentia a princesa da casa.

Comentário: O prognóstico Resolvido – *muito favorável* – é compatível com a história de vida da paciente. Solução completa da grande dificuldade da vida: lidar com a morte da mãe. Nem considerou problema a mãe morar com ela durante 20 anos. A tristeza pela morte do pai foi pelo fato de não lhe expressar bem a sua admiração. E fez aproveitamento integral de sua oportunidade de trabalho, progredindo em sua profissão.

Mas, talvez, o principal desafio aconteceu com a separação dos pais, dividindo os filhos entre si; a mãe saiu de casa e levou só a paciente, deixando 4 irmãos para trás; ela teve novo relacionamento, nasceu mais um irmão de IVB, contudo mãe separou-se do padrasto. Passou por pobreza, penúria e começou a trabalhar aos 14 anos de idade.

Geralmente, naquela época, os jovens nessas condições casavam-se muito novos, no entanto, a paciente só o fez aos 25 anos, depois de se consolidar profissionalmente. *Era de ler muito, com lamparina, até altas horas da noite. Da 5ª série em diante, eu já trabalhava para ajudar em casa. Vendia em mercearia.* A paciente enfrentou a luta ainda adolescente, revelando maturidade precoce. O texto Tipos Prognósticos afirma: *Este Tipo caracteriza-se pela resolução integral e/ou profunda dos conflitos de vida desde a adolescência e juventude, de forma rápida e espontânea, demonstrando maturidade precoce.*

MNVM, sexo feminino, 60 anos, viúva.

Escore prognóstico: 1,4

Diagnóstico: Carcinoma ductal da mama, “in situ”, sem sinais de invasão do estroma, grau nuclear 2.

Situação mais difícil: *A morte do marido. Ele roncava muito durante o sono, e eu pedia para ele virar. Eu mexi com ele e nada. Chamei o filho e nada. Chamei o SAMU e ele estava morto. A gente não aceita, mas vai se acostumando.*

Fiquei tão perdida. Minha conta no banco foi bloqueada alguns meses. E eu não queria pedir dinheiro para ninguém. (...) Marido não era aquele homem... era grosso no jeito de falar, mas estava sempre em casa, organizava a casa. Anotava tudo que comprava, era muito preocupado, correto. Quando ele morreu, eu ia na pasta e achava os documentos. Tudo ele fazia questão de me mostrar; senha de cartão dele. A gente tinha relacionamento bom [27 anos]. Aprendi a resolver os problemas, só não aprendi a dirigir. Sou dependente. Ou vou de táxi ou espero o meu filho me levar.

Principal oportunidade: *Sempre quis ter um filho e nunca consegui. (Chora). Viajamos uma vez para fazer exame. Meu útero era normal. Ele foi, mas não quis fazer o exame. Sempre achei que o problema era dele. Tomei medicamento uma época para relaxar... Tive uma menstruação repentina. Me sujei toda [aborto espontâneo]. Médico disse que minha dificuldade para engravidar era devido à facilidade para perder. Eu ficava sempre pedindo ele [marido] para adotar. E aí adotamos. O marido dizia que não queria filho dos outros. Mas, quando o nenê apareceu, a enfermeira vizinha me ligou. Fiquei implorando para o marido. Depois ele ficou louco pelo menino. (...) Ficava recomendando na escola que só ele e eu podíamos pegá-lo na saída. Era um filho que ele amava.*

Fatos, crenças e sentimentos relevantes: *Quando jovem, comecei a trabalhar cedo, muito nova. Graças a Deus, sempre equilibrada – nunca fui extravagante. Quando meu pai morreu, eu era criança/adolescente e não entendi bem, não senti muito. Paciente tinha cerca de doze anos.*

Sou católica, muita fé. Todo o dia cedo eu agradeço a Deus. À noite, também tenho mais a agradecer do que pedir. A gente tem que saber pedir porque às vezes a gente acha que é bom, mas não é.

Me sinto feliz por estar ajudando as pessoas. Sentimento de gratidão. Aprendi a resolver os problemas. Eu me sinto sadia.

Comentário: O Prognóstico Resolvido – muito favorável – encaixa-se perfeitamente na história de vida da paciente. Apesar do alcoolismo do marido, construiu um bom relacionamento com ele, que durou 27 anos. Diante da infertilidade, adotou um garoto e, conquanto o marido fosse contra inicialmente, depois assumiu a função paterna de forma plena. A paciente não concluiu o segundo grau, mas tudo indica que isso não se transformou em impedimento ou frustração. Faz sentido que o diagnóstico do câncer tenha sido precoce, semente que não germinou, e a evolução bastante satisfatória. Extraí-se do texto Tipos Prognósticos a seguinte observação: *Preserva a motivação pelos seus objetivos de vida, e enfrenta os desafios com altruísmo e senso de dever. (...) Não engendra culpas, não conhece*

o desespero. Sua capacidade de metabolizar tristezas e ofensas parece imunizá-la em todas as suas relações e perante o mundo. Vive em paz consigo, com o outro e com o mundo.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS – baseadas nas demais respostas

Tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico

RPGB: Segundo a esposa, *ele urinava sempre e sempre. Demorou porque foi fazer biopsia. Já estava fora da próstata [câncer]. Urinava muito durante a noite também.*

IVB: *eu não sentia nada... sempre fui cuidadosa; fazia exame todos os anos. Em 2005, eu alterei e fiz mais tarde, em maio. Pediram para repetir a mamografia. A Dra. Sugeriu eu ir para um centro maior... Fiz a cirurgia em 31 de julho.*

MNVM: *Nem estava sentindo nada. Fiz check up em janeiro de 2003. Eram só miomas. Mas, em junho, fui fazer exames para controle dos miomas e fiz mamografia etc. Foi solicitado repetir. Microcalcificação na mama esquerda. Indicado cirurgia e para eu fazer fora daqui.... O exame confirmou. Recomendaram cirurgia rapidamente e depois radioterapia.*

Comentário: Exceto RPGB, as demais pacientes do grupo tiveram o diagnóstico praticamente assintomáticas, pois ocorreu através de exames imagenológicos.

A doença tem relação com:

RPGB: *Nunca tive doença do mundo. Tem a doença, toma injeção e a doença fica guardada. Você só vai ver na sua velhice. Pode ser por causa da velhice. Fica mais fraco, não urina direito... vai perdendo a força.*

IVB: *Por ser o meu temperamento de querer resolver tudo; essa minha angústia.*

MNVM: *Quem bebe, quem fuma ou tem preocupação. Tive vida tranquila, sem vício, sem perda de sono. Acho que esse problema foi mais para eu enxergar melhor as coisas. Eu não me preocupava com ninguém e agora estou aqui, já ajudo as pessoas.*

Comentário: RPGB parece admitir, indiretamente, relação entre câncer e doença venérea. IVB aponta possível elo com a sua anterior tendência *de querer resolver tudo*, enquanto MNVM dirige seu olhar para o ensinamento que depreendeu da enfermidade.

O que você pensa sobre a sua cura:

RPGB: *Tenho dor nas pernas, canso. Saem fezes direto. Ando com fralda. Acabando isso, eu estou é bem. Graças a Deus.*

IVB: *Primeiro, o grande mérito de Deus, que me orientou e o meu, por não ter relaxado. É um câncer invasivo. Se eu não tivesse feito exame na época certa... Não acredito em milagres, mas em graça, em parte eu mereci.*

As consequências foram boas. Dei uma guinada na minha vida depois. Vim para cá [Abrigo] e me dediquei mesmo. Pretendo continuar aqui, mesmo sem cargos. Deus é tão bom. Mudei muito. Mudei as atitudes. Eu era muito de cobrar as pessoas, de criticar muito, que as pessoas fossem imagem e semelhança do que eu pregava. Fiquei mais tolerante.

MNVM: *Achava que câncer era o fim do mundo – que ia ficar sem cabelo e ficava desesperada. Dizia que não ia fazer o tratamento. Médico me mandou para a psicóloga. Achava que só ia durar 6 meses. Uma moça sem mama, sem cabelo, e alegre e feliz. Vi que eu não devia chorar por aquilo. Entendi e agradei a Deus. Ainda que foi em mim e não nas minhas irmãs – que não tinham plano de saúde, e tinham filhos pequenos e não tinham emprego fixo. É uma graça muito grande... entendi e agradei a Deus. Me sinto muito feliz por estar ajudando as pessoas.*

Comentário:

IVB e MNVM mostram sobrevida de 9 e 11 anos, respectivamente. Já se referem à doença como algo resolvido. RPGB com 3 anos e 4 meses de sobrevida, juntamente com a sequela, parece não gozar da mesma segurança. Além disso, IVB e MNFM realizaram um aprendizado interessante devido à doença, mudando de atitude, destacando-se a colaboração voluntária junto a doentes com câncer. RPGB exercitou a solidariedade com o seu grupo familiar, à custa de significativo altruísmo. Talvez em função da faixa etária em que se encontravam quando a doença se manifestou – ele já próximo dos oitenta anos e as duas ainda na casa dos *cinquenta* – o que poderia explicar a rigidez de RPGB e, consequente, sua incapacidade de efetuar alguma modificação em sua postura.

Como era a sua vida quando criança:

RPGB: *Satisfeito. Rapaz novo, bonito. Eu tinha um dinheirinho. Nunca gostei de vagabundagem. Meu pai morreu eu estava com 18 anos. Criei seis irmãos. Me casei com esta mulher aos 25 anos. Fiquei com duas famílias – esta e a minha mãe com os irmãos. Foi boa demais. (...) eu trabalhava dia e noite para sustentar todos.*

IVB: *Era ler muito, com lamparina, trabalhava para ajudar em casa. Era muito tímida. ...quando com menos de 2 anos – resgatei através da terapia; tinha pedaços que eu não lembrava – aí meus pais se separaram; mãe saiu e só levou a mim. Eram mais dois homens e duas mulheres – cinco comigo. Mãe teve outro companheiro, logo em seguida. Pai*

também. Aí tive outro irmão. O casamento não deu certo e ficamos mãe, eu e o irmão. Penúria, pobreza. Aos 14 anos fui trabalhar. Estudava com dificuldade. Minha mãe não me cobrava nada, porque trabalhava e estudava, excesso de amor. Me sentia a princesa da casa.

MNVM: *Criada nas Colônias. Sem lazer. Mas minha mãe criou a gente muito bem. Alimentava bem – o que ela podia fazer, fazia. Nunca passei fome. Não tenho o que reclamar da criação que a gente teve. Oito irmãos... A gente tinha tanta liberdade... Quando meu pai morreu, eu era criança/adolescente e não entendi bem, não senti muito. Paciente tinha cerca de doze anos.*

Comentário: Não se dispõe de informação sobre a infância de RPGB. No caso de IVB, constata-se que a separação dos pais surtiu um efeito, aparentemente, benéfico para a paciente, que passou a receber atenção exclusiva da mãe, por um tempo, até o nascimento do outro irmão. Começou a trabalhar muito cedo e obteve autonomia, o que lhe dava a sensação de *princesa da casa*. MNVM, aos doze anos, não sentiu muito a morte do pai e isso talvez seja significativo, pois é algo que costuma gerar grande sofrimento. Como eram oito irmãos, cabe pensar que houvesse pouco contato com ele. Mas, não deixa de representar a possibilidade de uma lacuna afetiva no desenvolvimento da paciente.

De qualquer forma, é evidente a superação dos três pacientes: não ficam remoendo perdas ou transformando-as em frustrações existenciais. Vão à luta e, tudo indica, apoiam-se no lado bom de suas trajetórias.

O que você acha da sua vida, depois que se tornou adulto até hoje:

RPGB: *A gente tinha um lugar – na Santa Rosa – e o pessoal me avisava para ir buscar o meu pai, bêbado. Trazia ele e punha dentro de casa. Eu era catraieiro. Levava ele comigo para Santa Rosa. Isso tudo, Deus agradece – o que fiz pro meu pai. Graças a Deus. Sou bem abençoado.*

IVB: *Maravilhosa, muito boa, com altos e baixos de um casal. Penei no início porque não sabia como agir. A gente foi se acomodando e hoje não tenho o que queixar.*

Na terapia, percebi que fui muito assediada sexualmente – nunca nenhuma ação prática, talvez porque minha mãe era separada. Por isso, eu uso só roupas de calça comprida. Pessoas próximas de mim abaixavam a roupa para me mostrar... Amigos do pai, pessoas com quem eu trabalhava. Fugia dessas pessoas. Não tinha coragem de dizer para ninguém. (...) Pesadelos que se repetem com os mesmos personagens – ladeira,

escorregadio, escuro, perdida em algum lugar. Foi bom ver como essas coisas me afetaram. Hoje tenho consciência.

MNVM: *Hoje me sinto assim, né... Só eu e meu filho – a gente é muito só. (Emocionada). Marido gostava de beber, sempre fazia algo e a casa estava cheia de gente. Minha mãe hoje é deficiente visual. Fica na casa da irmã.*

Vida muito solitária. Agora não tenho mais aquelas pessoas. Um ombro amigo para a gente conversar. Hoje as pessoas se afastam da gente. Vida é boa por um lado, mas é vazia pelo outro. Não é só o dinheiro que faz a gente feliz. Às vezes tem coisas que não tem onde buscar, amizade por exemplo...

Comentário: RPGB não se queixa do alcoolismo do pai. Realça o cuidado que tinha com ele e sente-se *bem abençoado* por isso. IVB apagou os assédios sexuais da memória durante muito tempo. Não deu conta de enfrentar o problema, na época, e é provável que tenha sido uma escolha sensata, ainda que inconsciente. Pode-se dizer, em tese, que ela agora está mais apta a trabalhar as suas lembranças e encontrar uma solução. MNVM lida ultimamente com o sofrimento pela morte do marido. À semelhança de IVB, que não encarou o assédio sexual, MNVM também não sofreu a morte do pai. Então, a atualidade lhes faculta a oportunidade de vivenciar o mesmo sentimento de forma indireta. O amadurecimento psicológico de ambas será influenciado pela elaboração das respectivas experiências.

Você já sentiu alguma coisa que você não queria sentir ou já teve algum impulso que você não queria ter ou, ainda, tomou alguma decisão importante em dúvida ou contra a própria vontade?

RPGB: *Só fazia o que dava para fazer. (...) O médico perguntou se eu queria viver mais. Mandou eu jogar o cigarro fora. Está com mais de dez anos. Na mesma hora joguei fora – não fiquei doido. Faço o que quero! Graças a Deus.*

IVB: *Decisão que viesse a me arrepender, não... Sou muito criteriosa. Sentimento sim. Guardo mágoa; depois vai passando. Mas, fico só, calada. Ódio eu nunca tive. Marido, é o seguinte: tenho umas mágoas de você etc. ponho na mesa. Aí a gente conversa. Hoje, a gente não dorme mais com raiva um do outro. Nós aprendemos muito...*

MNVM: *Decisão de impulso foi a da adoção. Geralmente, eu pergunto ou converso com alguém. Porque fico preocupada com as consequências. Será que vai dar certo?!*

Nega qualquer sentimento contra a própria vontade.

Comentário: A única decisão considerada impulsiva ou conflituosa relatada pelo grupo foi a adoção de uma criança, por parte de MNVM. No entanto, o gesto transmutou-se

num grande êxito e ela se sentiu feliz, o que demonstra bom aproveitamento da iniciativa. Regra geral, a adoção é empreitada mais complexa do que a filiação natural. O sucesso da paciente, obtendo a adesão profunda do marido, denota habilidade e bom relacionamento entre ambos.

Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?

RPGB: *Nunca menti, sempre falei positivo. (...) não sou homem de duas palavras.*

IVB: *Com certeza, teve, mas não vou me lembrar. Omiti do marido, para não o magoar. Minto para o telemarketing. Não me lembro de ter mentido para prejudicar ninguém. Digo que vou pensar em votar naquele candidato, mesmo sabendo que não. Eu era muito incisiva.*

MNVM: *Não me lembro de nada assim.*

Comentário: As poucas manifestações de falsidade são omissões razoavelmente aceitáveis do ponto de vista social. Não houve prejuízo para os outros nem para si mesma.

Reúne-se no **Quadro 10**, abaixo, os dados mais relevantes do Tipo Resolvido. E, logo em seguida, a **Figura 14** exhibe os fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do Tipo Resolvido.

Quadro 10 – Síntese das entrevistas do tipo resolvido

Questões	RPGB	IVB	MNVM
Como você lidou com a situação mais difícil de sua vida?	<i>Trabalhava dia e noite para não passar fome, recuperei tudo</i>	<i>Foi difícil a morte de minha mãe, sinto muita falta, desapego foi difícil</i>	<i>Aprendi a resolver os problemas. [após morte do marido]</i>
Como foi seu aproveitamento diante da principal oportunidade	<i>Fiquei com um dinheirinho, fiquei negociando, comprando uma coisa e outra. A mulher mais bonita que tinha era essa. Me casei com ela.</i>	<i>Ser professora na igreja, mostrei que tinha capacidade e brilho...fui trabalhar como professora do governo</i>	<i>Foi gratificante. O que fiz até hoje não me arrependo...adoção de um filho, aproveitamento integral</i>
Tempo entre os sintomas e diagnóstico	<i>Não informou</i>	<i>Não sentia nada</i>	<i>Na ocasião do diagnóstico</i>
A doença tem relação com	<i>Uso de medicamentos inadequados nunca tive doença no mundo. Tem a doença, toma injeção e a doença fica guardada. Pode ser por causa da velhice. Fica mais fraco. E porque sofri – com 18 anos fiquei com 7 irmãos. Tudo sabido. Coloquei todos na escola</i>	<i>Meu temperamento de querer resolver tudo. Ser perfeccionista, depressão</i>	<i>Acho que esse problema foi mais para eu enxergar as coisas, eu não me preocupava com ninguém, agora estou aqui já ajudo as pessoas</i>
O que você acha de sua cura	<i>Provável Tenho dor nas pernas, canso, sai fezes direto. Acabando isso eu estou é bem</i>	<i>Mérito de Deus que me orientou e meu por não ter relaxado</i>	<i>É uma graça muito grande</i>
Como era sua vida quando criança	<i>Excelente</i>	<i>Dificuldades financeiras, lia muito com lamparina. Mãe muito presente</i>	<i>Minha mãe criou a gente muito bem, nunca passei fome</i>
O que você acha de sua vida quando se tornou adulto	<i>Ótima, muito proveitosa</i>	<i>Maravilhosa, muito boa</i>	<i>Vida muito solitária, não é só o dinheiro que faz a gente feliz</i>
Você já sentiu algo, ou teve impulso ou tomou decisão importante que não queria ou contra sua vontade?	<i>Faço o que quero, só fazia o que dava para fazer</i>	<i>Não. Sou muito criteriosa</i>	<i>Foi a de adotar o nenê</i>
Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?	<i>Nunca menti, não sou homem de duas palavras</i>	<i>Omiti do marido para não o magoar. Não me lembro de ter mentido para prejudicar ninguém</i>	<i>Não me lembro de nada assim</i>

Figura 14 – Fatos e impressões marcantes na história dos três pacientes do tipo resolvido

CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Vários tópicos relacionados à Saúde do Adolescente sugerem que o período impõe consequências graves e/ou duradouras para imensurável quantidade de pessoas. Escolhas e posturas mais sensatas e/ou prudentes tendem a render frutos saudáveis no futuro. Do contrário, exigirão trabalho e sacrifício para a correção de rumo que, em alguns casos, perduram o resto da vida.

A maturidade precoce que este grupo de pacientes apresenta merece ênfase. Os reveses não se convertem em frustração. À medida que as deficiências aparecem, enfrenta-se o quadro e parte-se para a batalha. Não se perde tempo em lamentações, não se revolta nem se busca solução fácil e rápida. Trabalha-se ou estuda-se sem descanso por longos anos. Ao agir de forma pronta e decisiva, evita-se as decepções e os desencontros afetivos, portanto, dispensa o exercício da resiliência. Seu abatimento é passageiro. As angústias e tristezas não

se demoram em seu íntimo. Portanto, não cultiva sofrimento, perda ou depressão prolongada. É comum hoje em dia que os adolescentes se iludam e procurem nas drogas e gestação e, por conseguinte, no filho a ocupação que lhes preencha as horas e justifique o abandono da escola. A maioria se deparará com um incremento das dificuldades logo adiante. E a retomada de direção clamará por renúncia e empenho ainda mais intensos e, não raro, envolvem a entrega da criança para os cuidados dos avós. Em geral, o desafio que o adolescente se negou a facear, assume agora proporções mais complexas.

Em compensação, pelo fato de atender à necessidade familiar, a ação converte-se em compromisso a longo prazo e raia o valor de missão. Na verdade, ela se esboça no Residual, quando feita esporadicamente ou mediante instituição, e se consolida no Resolvido. Tal virtude demonstrou que não bastava a prontidão na resolatividade dos conflitos e obstáculos do caminho – previsto no texto original – e, assim, o sentimento de assistência ou cooperação, particularmente para com os familiares em período de vulnerabilidade, complementou a quase personificação do Tipo. Além disso, outro aspecto saliente no Resolvido mostra que os pacientes do grupo revelaram aptidão precoce para solucionar os conflitos, atuando com maturidade e determinação desde a adolescência e juventude.

O processo de cada paciente do grupo tem as suas nuances peculiares. RRGB escolhe o roteiro da solidariedade familiar. Aos dezoito anos, assumiu a mãe, viúva, além de sete irmãos. Trabalhou incansavelmente para que não passassem fome. Não se sente desonrado por vender coisas na rua. Sente-se *bem abençoado*, a exemplo de quando leva o pai alcoolizado para casa. Não persevera no colégio, mas demonstra aprender com a vida. Torna-se o funcionário de confiança do dono da empresa e, aumentando a sua renda, eleva o seu padrão de vida. Adquire casa própria e sítio. Mantém relacionamento estreito com os irmãos. Além disso, define um princípio muito interessante para suas decisões: *Estive noivo e ela não acreditou na minha palavra. Então, não quero mais. Até hoje ela está solteirona. Não dá certo, é melhor antes de casar*. Isso não lembra o conceito de prevenção? É claro que se cometem enganos, ao se guiar rigidamente por essa noção. Contudo, existem inúmeras pessoas que arrastam, por longo tempo, parcerias afetivas completamente deterioradas, cujos sinais de incompatibilidade ou de descompromisso aconteceram desde o começo. Houve nítida falta de resolatividade!

IVB prefere o percurso escolar, mesmo com a sobrecarga do trabalho na mercearia. As turbulências da ruptura familiar, aos dois anos, quando foi a única dos cinco irmãos que a mãe levou consigo não se convertem em trauma nem motivo de queixume. Segue em frente, não se permitindo a estagnação devido às perdas, ausências. O segundo casamento da mãe

deságua em nova separação e as condições domésticas oneram-se com o nascimento de mais um irmão, entretanto, IVB não se abala. Ocorrem assédios sexuais em várias ocasiões, e ela não tem a quem recorrer ou desabafar. Promove, então, o esquecimento automático, e só recobrará as lembranças décadas depois, quando se coloca em acompanhamento psicoterapêutico. Faz curso superior e, em seguida, alça-se ao magistério universitário. *Não ascendi mais profissionalmente porque não me interessava por gestão. Sempre fui de sala de aula. Antigo reitor diz que sou pobre porque quero. Nunca quis administrar, primeiro, por covardia, medo; segundo, porque ninguém me segura para fazer coisa errada.* Sem discutir o mérito de seus argumentos, destaca-se o respeito às suas aptidões e limites, o que recorda uma das acepções de dignidade: ter consciência e/ou respeito pelo próprio valor.

MNVM também não teve facilidades, tampouco nasceu em berço esplêndido. Foi criada nas Colônias e *era a quarta ou quinta de oito irmãos.* Começou a trabalhar jovem, *muito nova...* Afirma que não sentiu muito a morte do pai, aos doze anos de idade. Mas é possível imaginar o enorme transtorno que isso ocasionou. Ela, porém, não desenvolveu grandes dores pela ausência paterna, nem arrola um sem número de aborrecimentos que o fato precipitou. Não se rebela contra o destino, não se lança em aventuras, não desfia rosário de reclamos. A existência seguiu em seu ritmo próprio. Provavelmente, experimentou vazios, faltas, carências em múltiplos aspectos, mas realça como conquista fundamental a adoção do filho, motivada por suposta infertilidade. De par com a adoção, descreve a inesquecível vitória pela adesão afetiva do marido, antes avesso a criar *filho dos outros*, mas que cede às súplicas da paciente. Ele tinha as suas resistências e *gostava de beber*, contudo MNVM prefere exaltar-lhe o senso de organização e o esforço para continuar os estudos, a fim de servir de exemplo aos jovens. Com simplicidade, ela parece ensinar que os olhos bons, não tendo êxito na mudança do parceiro, conformam-se com o seu lado positivo e, assim, ajudam-no a desenvolvê-lo. Finalmente, confronta-se com o câncer em si mesma. E faz duas constatações notáveis: *Meu Deus, por que eu choro?! [Emocionada]. Uma moça sem mama, sem cabelo, e alegre e feliz. Vi que eu não devia chorar por aquilo. Entendi e agradei a Deus. Ainda que foi em mim e não nas minhas irmãs – que não tinham plano de saúde, e tinham filhos pequenos e não tinham emprego fixo.* Na primeira, ela relativiza a sua dor ao perceber que existem situações piores e, nem por isso, as pessoas colocam-se no fundo do poço; na última, ela se lembra de suas irmãs e, denotando grande afeição, vê-se em melhor condição social para enfrentar a dolorosa contingência. Em resumo, explora com maestria o clássico princípio: *podia ser pior...*

IVB e MNVM extraem uma conclusão muito importante de sua experiência com a enfermidade e se dispõem a cooperar no apoio a pessoas com câncer, oriundas do interior do Estado para a capital em busca de tratamento médico. Chama atenção o detalhe que MNVM o fez rapidamente, ainda imersa no acompanhamento e terapêutica da enfermidade, enquanto IVB levou mais tempo.

O reduzido percentual de participantes que tem maior sobrevida, finca no alto o estandarte da solidariedade. Porém, aqui há outro aspecto interessante: MNVM e IVB praticam-na depois das lições tiradas durante o período da doença, ao passo que RPGB deu vazão a tal virtude nos albores de sua juventude, motivada pelo falecimento do pai. E, aparentemente, prosseguiu nessa postura de modo contínuo, o que – já dito alhures – explicaria a proctite e o respectivo sangramento. Mas, o paciente manifesta incontida satisfação pelo resultado de seu devotamento à família, a qual lhe retribui carinho e cuidados. Assim, apesar da complicação orgânica, o paciente faz recordar:

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 (VIEIRA, 2013, p. 156).

Desse modo, juntando a cara e a coroa obtém-se a moeda inteira: numa face, a postura decidida de quem não alenta perdas e fracassos, impedindo o nascimento de frustrações sofridas e duradouras; na outra, a atitude de abraçar os deveres de consciência, igualmente, sem hesitações. Na primeira, ele protege a si mesmo; na última, cuida dos demais. Enfim, nem tanto *eu*, nem só de *nós*. Há uma mescla equilibrada das duas vertentes.

Destaque-se que nenhum desses *curados* é ícone de peregrinas qualidades cívicas ou religiosas. Vivem com simplicidade, porém, lecionam prontidão, desapego e responsabilidade solidária. Em comparação ao tipo Residual, é possível que a maior diferença seja o fato de não permitir a origem e/ou expansão de carências nem de sofrimento, prevenindo a cronicidade na raiz. Cotejando com o tipo Estagnado, não se detecta aqui a reiteração de impulsos inadequados ou decisões conflituosas, ambos desencadeantes de futuros remorsos, visando atender carências pessoais.

Das diversas portas à sua escolha, esses pacientes abriram aquela que apontava o dever da própria consciência como prioridade. Isso as revela pessoas um tanto mais centradas. Existe um trabalho árduo, seja físico, volitivo ou mental, contudo ouvem a percepção interna que os conclama a encarar o desafio. E, hoje, os três encontram-se com mais de sessenta anos de idade. Matematicamente, eles têm mais passado do que futuro. Eles miram o pretérito e se orgulham de si mesmos. Talvez tenham aprendido que para se manter vivo é imprescindível exercitar vitalidade, por meio da interação com as circunstâncias do seu respectivo trajeto existencial. É na luta, substituindo a tristeza e a perplexidade pelo trabalho e/ou estudo que eles se mantiveram razoavelmente vivos e saudáveis.

Na música *O Que É o Que É*, (<https://www.youtube.com/watch?v=sdAaW9hkFnE>), do autor Gonzaguinha – Luiz Gonzaga do Nascimento Júnior – ressoam alguns conceitos acima descritos como característicos do tipo Resolvido. Num mundo onde tantos se revoltam drasticamente contra ocorrências da sua vida; em que muitos requisitam drogas lenitivas para as suas carências; onde outros repetem suas atitudes conflituosas com frequência e, enfim, em que alguns se retardam na solução de suas aflições, é necessário *não ter a vergonha de ser feliz*. Estes raros felizes confrontam-se com as adversidades inebriados com a sensação de que *a vida é bonita* e não se abatem pelo fragor da luta, nem se perdem com elucubrações em torno dela ser *maravilha ou sofrimento*, mas se colocam sempre abertos para extrair lições das dificuldades, discípulos atentos da *beleza de ser um eterno aprendiz*. A letra encerra com a noção fundamental de que *somos nós que fazemos a vida*. Quem vive na dimensão da responsabilidade, assume o resultado de sua própria saúde, ainda que o ambiente físico e social atue como adjuvante e, excepcionalmente, como fator de grande relevo.

O QUE É O QUE É

<i>Eu fico com a pureza</i>	<i>Há quem fale</i>
<i>Da resposta das crianças</i>	<i>Que a vida da gente</i>
<i>É a vida, é bonita</i>	<i>É um nada no mundo</i>
<i>E é bonita</i>	<i>É uma gota, é um tempo</i>
	<i>Que nem dá um segundo</i>
<i>Viver</i>	
<i>E não ter a vergonha</i>	<i>Há quem fale</i>
<i>De ser feliz</i>	<i>Que é um divino</i>
<i>Cantar e cantar e cantar</i>	<i>Mistério profundo</i>
<i>A beleza de ser</i>	<i>É o sopro do criador</i>
<i>Um eterno aprendiz</i>	<i>Numa atitude repleta de amor</i>
<i>Ah meu Deus!</i>	<i>Você diz que é luta e prazer</i>
<i>Eu sei, eu sei</i>	<i>Ele diz que a vida é viver</i>
<i>Que a vida devia ser</i>	<i>Ela diz que melhor é morrer</i>
<i>Bem melhor e será</i>	<i>Pois amada não é</i>
<i>Mas isso não impede</i>	<i>E o verbo é sofrer</i>
<i>Que eu repita</i>	
<i>É bonita, é bonita</i>	<i>Eu só sei que confio na moça</i>
<i>E é bonita</i>	<i>E na moça eu ponho a força da fé</i>
	<i>Somos nós que fazemos a vida</i>
<i>E a vida</i>	<i>Como der, ou puder, ou quiser</i>
<i>E a vida o que é?</i>	
<i>Diga lá, meu irmão</i>	<i>Sempre desejada</i>
<i>Ela é a batida de um coração</i>	<i>Por mais que esteja errada</i>
<i>Ela é uma doce ilusão</i>	<i>Ninguém quer a morte</i>
<i>Hê! Hô!</i>	<i>Só saúde e sorte</i>
<i>E a vida</i>	<i>E a pergunta roda</i>
<i>Ela é maravilha ou é sofrimento?</i>	<i>E a cabeça agita</i>
<i>Ela é alegria ou lamento?</i>	<i>Eu fico com a pureza</i>
<i>O que é? O que é?</i>	<i>Da resposta das crianças</i>
	<i>É a vida, é bonita</i>
<i>Meu irmão</i>	<i>E é bonita</i>
	<i>Viver e não ter a vergonha</i>
	<i>De ser feliz...</i>

8. ANÁLISE DOS CINCO TIPOS PROGNÓSTICOS

(COM RUDIMENTOS DE DISCUSSÃO)

Além da análise dos três integrantes de cada Tipo Prognóstico, efetuada anteriormente, restam alguns aspectos que merecem cotejamento entre os diferentes grupos, englobando os quinze pacientes selecionados. Tenta-se, neste capítulo, um arremedo de levantamento quantitativo, e reparar-se-á que embora existam detalhes interessantes, elas esbarram na reduzidíssima quantidade de participantes, impedindo qualquer dedução baseada na força dos números. Todavia, decidiu-se não desprezar as mensurações possíveis, aventurando-se a expô-las a fim de sondar se os dados obtidos esclarecem o tópico, bem como examinar a utilidade da questão formulada.

Seguindo a ordem das perguntas do Questionário, pode-se realizar as seguintes observações:

Qual foi o intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico?

Quanto ao tempo entre o início dos sintomas e o diagnóstico, extraiu-se a média dos 3 pacientes de cada Tipo Prognóstico, obtendo-se os respectivos intervalos: Complicado = 6,6 meses; Progressivo = 9 meses; Estagnado = 20 meses; Residual = 5,3 meses; Resolvido = 2 meses.

As respostas estão resumidas na **Tabela 3**, abaixo.

Tabela 3 – Tempo entre o aparecimento de sintomas e o diagnóstico dos quinze pacientes					
Tipo	Complicado	Progressivo	Estagnado	Residual	Resolvido
Tempo entre início dos sintomas e o diagnóstico	FSA: 8 meses	FSN: Em torno de 9 meses	JAM: Em torno de 3 anos	AOS: 11 meses	RPGB: 6 meses
	SFM: Menos de 6 meses	FABS: Um ano ou mais	MLGN: 6 meses	MLVS: Pelo menos três meses	IVB: Não sentia nada
	IO: 6 meses	FABO: 6 meses	TGO: 1 ano e meio	SSA: Em torno de um mês	MNVM: no diagnóstico
MÉDIA (meses)	6,6	9	20	5	2

A olho nu, independentemente de qualquer cálculo estatístico, vê-se que **não** há uma tendência gradativa – como se esperava – aumentando o intervalo de tempo do Resolvido continuamente até o Complicado. Veja-se, por exemplo, alguns pacientes alocados na primeira linha da Tabela acima, iniciando pelo tipo Complicado: FSA (8 meses), FSN (9

meses), AOS (11 meses) e RPGB (6 meses). A soma dos dois casos de ambos os extremos (8+9 versus 11+6) obtêm-se a média de 8,5 meses por paciente. Portanto, há um equilíbrio perfeito na balança, desde que se exclua o paciente da coluna do meio (Estagnado). Além disso, embora AOS (Residual) tenha apresentado o maior prazo entre os quatro, sua evolução foi muito superior a FSA e FSN, pois enquanto os últimos caminharam rapidamente para o óbito, ela havia feito cirurgia plástica de mamas, em nosso último contato, e demonstrava excelente estado geral.

Destaque-se que o Estagnado apresenta a maior média de tempo (20 meses) e, o Resolvido, a menor (2 meses). Há que se ressaltar que a número de pacientes é minúsculo, não se permitindo qualquer afirmativa categórica ou probabilística sobre o assunto. Entretanto, detecta-se aqui um intrigante esboço de vinculação não com a gravidade, mas com a duração do processo, fato notável e digno de futuras investigações, pois aponta uma associação analógica: o Estagnado, que se demora em excesso nas frustrações e adversidades, coerentemente, dilata o seu tempo também, desde os primeiros sinais perturbadores até à obtenção do diagnóstico. Percebe-se nesse aspecto extraordinária coerência. Além disso, o Progressivo vem em segundo lugar (9 meses), sendo o Tipo em que as frustrações e relacionamentos deteriorados perduram no tempo até o desenlace. Portanto, há indícios de que o tempo entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico dependem, até prova em contrário, da celeridade com que se resolvem os conflitos da vida. Lembra-se, todavia, que o exagero dessa virtude conduz à precipitação e, assim, acarrete possíveis inconvenientes...

Você acredita que a sua doença esteja relacionada com alguma coisa?

As respostas estão resumidas na **Tabela 4**, abaixo.

Tabela 4 – Relação entre a doença e sua causa apontada pelos quinze pacientes

Tipo	Complicado	Progressivo	Estagnado	Residual	Resolvido
A doença tem relação com	FSA: Coisa que aconteceram na vida...	FSN: Hepatite e bebida (?). FABS: Bebida. Hepatite. Alimentava pouco FABO: Preocupação	JAM: Castigo de Deus por namorar mulher casada ou bem mais nova. MLGN: Comida? TGO: Vacina. Mãe teve hepatite. Pai, câncer. Muito trabalhos para sustentar filhas.	AOS: para aprender a ser mais humilde MLVS: Roupa que um mosquito senta... e vírus do marido, na relação sexual. SSA: Cigarro. Bebida. Pancada. Além das pancadas da vida.	RPGB: Velhice. E porque cuidou de 7 irmãos. IVB: Temperamento de querer resolver tudo, depressão MNVM: foi para enxergar as coisas..., agora já ajuda as pessoas.
	SFM: o cigarro, mas acha que é de família				
	IO: Tem mágoas e ainda não conseguiu curar.				

Foram identificados 5 fatores desencadeantes do câncer na opinião dos pacientes: hábitos (H), doença ou tratamento prévios (D), infeccioso (I), emocionais (E), sem resposta (R).

Complicado: 1 H, 1 E, 1 sem resposta.

Progressivo: 2 (H + D), 1 E.

Estagnado: 1 E, 1 R, 1 (D + E).

Residual: 1 E, 1 I, 1 H.

Resolvido: 1 D, 2 (E).

Os fatores Emocionais foram referenciados 5 vezes; os Hábitos, 4; as Doenças e Tratamentos, 4; os Infecciosos, 1, e Sem Resposta, 2, conforme **Tabela 5**, abaixo. Destaque-se que os Emocionais foram mencionados por 2 pacientes no tipo Resolvido e por pelo menos um nos demais. A imputação ao psicológico fica, porém, difusa e carece de consistência dentro da história de vida do respectivo paciente.

Tabela 5 – Causas atribuídas ao câncer pelos quinze pacientes

TIPO	Doença ou				
	Hábitos	tratamento prévio	Infeccioso	Emocional	Sem Resposta
Complicado	1			1	1
Progressivo	1+1	1+1		1+1	
Estagnado		1		1+1	1
Residual	1		1	1	
Resolvido		1		2	
TOTAL	3	3	1	6	2

A tendência a projetar a causa no exterior prevaleceu em larga escala. Mesmo quando IO admite a influência de suas mágoas, logo em seguida invoca os hábitos alimentares. Assim, perde-se nas conjecturas: *Mas, não sei – é tanta coisa*. A busca de possível elucidação da origem da doença por intermédio da opinião do paciente provavelmente depare-se com imensas dificuldades, a começar a ignorância generalizada acerca do tema. Acrescente-se a difundida teoria médica que grassa em toda a patologia, estabelecendo que a doença provém de fator externo. Tal hipótese permanece incapaz de responder o porquê de tantas pessoas que fumam desbragadamente e não desenvolvem nenhuma patologia decorrente do hábito. Alega-se que esses pacientes não têm suscetibilidade, o que é extremamente óbvio. Mas o que os leva a essa invejável condição?

Na ausência de uma teoria global sobre os achados na população, a conduta dos profissionais tem se transformado na satanização do elemento exterior que, se gera benefícios, também produz multidão de neuróticos. Conquanto nocivos, o tabaco e o álcool, juntamente com quantidade inacreditável de *demônios*, respondem pelas enfermidades humanas. O mais nefasto dessa psicologia tacanha é inocentar inteiramente o sujeito, principal autor do distúrbio orgânico. Alega-se, com certa frequência, que a associação entre a doença orgânica e o temperamento do paciente instila sentimento de culpa, tema já abordado alhures.

O que você pensa sobre a sua cura?

Buscou-se sondar a crença do paciente em relação à sua própria cura, como parte do contraponto às questões objetivos do questionário. *É necessário expandir a concepção de corpo-máquina para a concepção de ser humano, o que implica em levar em consideração a história de vida do paciente, suas vontades, seus temores, suas crenças* (CRUZ, 2011, p. 92).

As respostas estão resumidas na **Tabela 6**, abaixo.

Tabela 6 – Expectativa de cura por paciente e Tipo Prognóstico

Tipo	Complicado	Progressivo	Estagnado	Residual	Resolvido
O que você acha de sua cura?	FSA: Tem esperança e fé	FSN: Essa doença vai de mal a pior	JAM: Tem esperança e fé que acontecerá	AOS: Tem vergonha de dizer que está curada	RPGB: Provável. Dor nas pernas, cansaço, e perda de fezes direto. Fora isso, ele está bem
	SFM: Pelo jeito, não tem mais cura.	FABS: Crê em nome de Jesus que vai se curar.	MLGN: Ouviu uma voz: <i>você vai ser curada</i> . Saiu uma carne pela sua vagina.	MLVS: Deus viu que ela tinha muitos filhos para criar e que é batalhadora e lhe deu essa vitória.	IVB: Mérito de Deus que a orientou e dela por não ter relaxado
	IO: Tem 30% de chance, disse o médico	FABO: <i>Eu curo... Jesus cura!</i>	TGO: Confia muito em Deus. Ele a curou.	SSA: Garantida, porque sua fé é maior do que tudo	MNVM: É uma graça muito grande

As respostas foram classificadas em cinco possibilidades, de acordo com a percepção do paciente, com exceção de algumas consideradas *sem sentido* pelo pesquisador: Curado (C), Provável (P), Duvidosa (D), Incurável (I), Sem sentido (S). Esse último engloba os casos em que a afirmativa categórica de que vai se curar não condiz em absoluto com o estado clínico, seja devido ao quadro de múltiplas metástases, seja pela caquexia ou ambos. Vê-se aí a alienação da realidade nesses pacientes.

Com tais critérios, logra-se o seguinte: Curado = 6; Provável = 2; Duvidosa = 2; Incurável = 2; Sem sentido = 3, conforme **Tabela 7**.

Tabela 7 – Quantitativo da Expectativa de Cura segundo o Tipo Prognóstico

TIPO	Curado	Provável	Duvidosa	Incurável	Sem Sentido
Complicado			1	1	1
Progressivo				1	2
Estagnado	2	1			
Residual	2		1		
Resolvido	2	1			
TOTAL	6	2	2	2	3

Considerando que a partir do Estagnado, em direção ao Resolvido, existe – em princípio – chance de cura para todos os pacientes, os achados conseguidos por meio da pergunta revelam-se bem pertinentes, excluídas as expressões *sem sentido*, que ocorreram em 50% dos seis pacientes, somando os Tipos Complicado e Progressivo. Constata-se que a resposta miraculosa ou inconsistente predomina amplamente nos casos de pior prognóstico, sugerindo espécie de fuga da realidade. Contam-se também duas respostas considerando a cura *duvidosa* e duas de *incurável*. Portanto, na polaridade de evolução *desfavorável*, que engloba o Complicado e o Progressivo, não se encontra a mesma confiabilidade em comparação com os de boa perspectiva, descrita no parágrafo acima.

Conclui-se que a sondagem dos pacientes no tocante à própria cura, com a ressalva já feita quanto aos pacientes *alienados*, parece ter valor quando a expectativa é propícia, ou seja, para os casos classificados nos Tipos Prognósticos Resolvido, Residual e Estagnado.

Como era a sua vida quando criança e adolescente?

As respostas estão resumidas na **Tabela 8**, abaixo.

Tabela 8 – Autoavaliação da infância e adolescência por paciente e Tipo Prognóstico

Tipo	Complicado	Progressivo	Estagnado	Residual	Resolvido
Como era sua vida quando criança?	FSA: Pai alcoólatra; agredia os filhos; expulsava-os de casa	FSN: Infância pobre. Pais separados. O mais velho de 10 irmãos.	JAM: evangélico. Desviado um tempo, mas nunca usou drogas.	AOS: Maravilhosa.	RPGb: Excelente
	SFM: Trabalhou muito, pais enérgicos, sem liberdade	FABS: Boa. No seringal. Iniciou estudos aos 14 anos.	MLGN: Sofrida. Madrasta. Depois, com o pai no trabalho, era maravilhoso.	MLVS: Quando mãe viva, era boa. Depois sofrendo na mão dos outros	IVB: Dificuldades financeiras. Mãe muito presente
	IO: Feliz. A infância foi boa.	FABO: Muito boa. “Doente quando criança”	TGO: sofreu demais. Adotada. Vivia como filha da empregada.	SSA: Nunca tinha tempo para vadiagem.	MNVM: Mãe a criou muito bem, nunca passou fome

Estipulou-se o conjunto de quatro alternativas, a partir das respostas dos pacientes em relação à própria infância: Trauma ou muito ruim: T; Privações ou árdua: P; Regular ou média: R; Feliz ou boa, maravilhosa: F.

A **Tabela 9** abaixo facilita a análise dos grupos. Só consta relato de T no segmento do Complicado ao Estagnado. Coerentemente, o tipo F predomina do Estagnado ao Resolvido.

Tabela 9 – Caracterização da infância por Tipo Prognóstico

Tipo	Trauma	Privação	Regular	Feliz
Complicado	T	P		F
Progressivo		P	R, R	
Estagnado	T		R	F
Residual		P	R	F
Resolvido			R, R	F
TOTAL	2	3	6	4

Com exceção de IO, que relata infância feliz, e de JAM, cuja informação mostra-se insuficiente nesse tópico, os demais pacientes do grupo Complicado, Progressivo e Estagnado acusam sérias deficiências nessa época da vida. No grupo Residual e Resolvido, inverte-se a tendência, e prevalece a descrição de que o período foi razoável, bom ou feliz, salvo MLGN que usa o termo *sofrida* para se referir aos cuidados recebidos da madrastra, e IVB que aponta as dificuldades financeiras, mas simultaneamente acresce: *mãe era muito presente*.

Grosso modo, talvez seja cabível afirmar que a infância está mais sujeita à superação das adversidades por parte do ser humano, graças ao potencial imaginário e ao sentimento espontâneo de felicidade. Muitas crianças conseguem vivenciar alegria genuína em condições familiares e sociais precárias. À medida que se desenvolvem, a percepção de suas carências e privações insufla reações nem sempre positivas no íntimo da pessoa. Também se deve examinar pelo ângulo oposto: o fenômeno de agressões repetidas parece induzir à dissociação, descrita no caso de FSA, submetida a reiteradas humilhações pelo próprio pai, configurando um possível trauma. No CID-11 [Código Internacional de Doenças]

...se colocará também uma nova categoria diagnóstica, o Transtorno por Estresse Pós-Traumático complexo, quer dizer, um transtorno originado por reações traumáticas extensas, que se manifestam como consequência da exposição a fatores de estresse severos e prolongados e que, geralmente, incluem vários ou repetidos eventos adversos (SACCINTO, I TESTOR e PIETRANTONI, 2014, p. 18, tradução nossa).

O que você acha de sua vida, depois que se tornou adulto até hoje?

As respostas estão resumidas na **Tabela 10**, abaixo.

Tabela 10 – Vida desde quando se tornou adulto – relato por paciente e Tipo Prognóstico

Tipo	Complicado	Progressivo	Estagnado	Residual	Resolvido
O que você acha de sua vida depois que se tornou adulto?	FSA: Alternou fases ruins com boas. SFM: Diz que para ele foi tudo bom... IO: Achava-se inútil. Não queria viver nem morrer...	FSN: <i>Cheia de altos e baixos.</i> FABS: <i>Casei cedo. Passei em 11 estados, 3 no exterior.</i> FABO: Dependente químico. Agredido e maltratado por traficantes.	JAM: Tem esperança de ainda adquirir alguma coisa... MLGN: <i>A minha vida foi muito sofrida.</i> TGO: <i>Casei aos 16 anos. Me enchi de filhos.</i>	AOS: empresária de música bem-sucedida. MLVS: <i>Fazia farinha e vendia para os comerciantes...</i> SSA: <i>Me casei, comecei a beber e andar com mulheres.</i>	RPGb: <i>Ótima, muito proveitosa</i> IVB: <i>Maravilhosa, muito boa</i> MNVM: Queixa-se de solidão. Dinheiro não traz felicidade.

Manteve-se as mesmas designações do item acima: quatro alternativas, a partir das respostas dos pacientes: Trauma: T; Privações (ou árdua): P; Regular (ou média): R; Feliz (boa, maravilhosa): F.

A **Tabela 11**, abaixo, sintetiza os dados colhidos:

Tabela 11 – Caracterização da vida após se tornar adulto por Tipo Prognóstico

Tipo	Trauma	Privação	Regular	Feliz
Complicado	T		R	F
Progressivo	T		R	F
Estagnado	T, T	P		
Residual		P	R, R	
Resolvido			R	F, F

Em relação à maturidade, já se nota um certo equilíbrio entre os Tipos extremos, considerando-a Feliz. Contudo, metade dos pacientes dos grupos Complicado, Progressivo e Estagnado classificam-na como traumática ou muito ruim, o que não acontece com nenhum dos pacientes Tipo Residual e Resolvido.

Infer-se que nesse período da vida, a realidade já destruiu muitas fantasias que encobriam as frustrações e carências do sujeito. Apesar disso, SFM declara: *para mim foi tudo bom...*, desconhecendo possivelmente que a sua conduta irresponsável acarretou sobrecarga para outras pessoas, que ficaram com filhos sem contar com o seu apoio. Também pode-se conjecturar que, muito provavelmente, desrespeitou a sua própria ética, sem o que ele talvez não desenvolvesse o câncer.

Alguns pacientes permitiram a deterioração da própria vida, relativamente bem estruturada até então, passando para o extremo oposto. Aparentemente, a doença grave surge não só em pessoas que incorrem em grandes enganos ou desvios, mas também naqueles que, hipoteticamente, danificam-se de forma pouco evidente, como exemplifica IO (Complicado): *Me acho inútil. Desde os 16 anos desenvolvi um pensamento de não querer estar viva, mas não quero morrer, estou me agarrando para manter viva.* Provavelmente, IO tinha outras aspirações, embora sutis, que contrabalançaram o desejo de morte desde os 16 anos de idade, sustentando a sua higidez orgânica durante muito tempo. Em compensação, também se supõe que demorou, mas ela conseguiu realizar o seu objetivo, através do mieloma, câncer considerado incurável.

A vida é algo além de estar num corpo que cumpre funções vegetativas. Existe uma infinidade de mortos-vivos pululando em toda a parte. Não têm mais projetos ou sonhos, não se desgastam por meta alguma, nem cultivam novas relações. Seus dias se repetem automática e enfadonhamente. Não reagem aos novos estímulos e demonstram ter perdido a capacidade de recomeço.

Poder-se-ia postular que os pacientes que enfrentaram obstáculos e desafios desde a adolescência, apresentariam maior espírito de luta, atingida a maturidade. Contudo, isso não se deu, talvez porque não conseguiram transmutar os fracassos em experiência pessoal. Os pacientes que morreram com idade abaixo de 40 anos, FSA (Complicado), cuja filha nasceu com paralisia, e FABO (Progressivo), que implorava para a esposa voltar para casa, afirmaram respectivamente: 1. *No trabalho, sempre prestei concurso público e ficava em cadastro de reserva. Mas, nunca deixei de trabalhar – fazia unha, lavava roupa para fora, trabalhava com instalação elétrica.* 2. *Ia trás de um trabalho e não encontrava. Filhos com fome em casa e a mulher começar a chorar. Me sentia muito mal arrumado.*

Se FSA embarcou no delírio do *faz de conta*, minimizando o seu sofrimento de forma sistemática, FABO envolveu-se com drogas pesadas, alguns anos depois da orfandade precoce – não se lembra da figura do pai –, ficando ele, cinco irmãos e quatro irmãs, junto com a mãe. Imagine-se a carência absoluta dessa família, residindo no interior do Acre. Ambos, cada um ao seu modo, ausentaram-se da realidade.

Reafirma-se que, em geral, os fatos têm a importância e o significado que o sujeito lhes confere. *A personalidade torna-se, assim, o elemento no qual se desenvolve a doença, e o critério que permite julgá-la; ela é simultaneamente a realidade e a medida da doença*

(FOUCAULT¹⁶, 1954, *apud* PRADO, 2015). Retornando ao passado de cada, tudo indica que a dor experimentada foi maior do que a capacidade de processamento e, por conseguinte, foi-lhes impossível elaborar alguma compreensão madura da experiência. A fuga da vida, pela rota da alienação, acabou se concretizando em termos definitivos através do câncer, que irrompeu em modalidade grave desde o início.

Entretanto, há que se ter cautela para não se arrojar no extremo, negligenciando o valor do ambiente na gênese do distúrbio e dando razão à crítica:

Dá-se menos importância aos grandes acontecimentos exteriores e aos acasos da Fatalidade, pensa-se que eles são pouco capazes de revelar alguma coisa de essencial a respeito do objeto considerado; crê-se, ao invés, que qualquer fragmento da vida, tomado ao acaso, em qualquer momento, contém a totalidade do destino e que pode servir para representá-lo (AUERBACH¹⁷, 1968, *apud* BOURDIEU e TOMAZ, 1989, p.67).

Embora se reconheça que a vulnerabilidade reside no indivíduo, existem fatores ou acontecimentos que afetam todas as pessoas, ainda que em graus distintos. A somatória da violência ou privação do elemento externo e da idiosincrasia pessoal carece de ser cuidadosamente contemplada, de modo a fugir do radicalismo, gerador de inúmeras distorções.

Como você lidou com a situação familiar ou afetiva mais difícil de sua vida?

As respostas estão resumidas na **Tabela 12**, abaixo.

Tabela 12 – Como lidou com a maior dificuldade da vida – por paciente e Tipo Prognóstico					
Tipo	Complicado	Progressivo	Estagnado	Residual	Resolvido
Como você lidou com a situação mais difícil de sua vida?	FSA: filha com paralisia dos braços. SFM: Nono casamento, 16 filhos. IO: Viúva [aos 18 anos]. Casou-se [de novo]. Apaixonou-se [por outro].	FSN: Traição da esposa. Matou-a. FABS: Esposa o deixou com os filhos. Ninguém sabia dela... FABO: Esposa foi morar com outro. Paciente implorava para ela voltar.	JAM: Ficou desempregado. MLGN: Marido a expulsou de casa com 7 filhos. Depois a sogra também. TGO: Marido batia-lhe muito. Sádico. Deu-lhe 27 tesouradas.	AOS: Namoro com primo, aos 19 anos, foi proibido pelos pais. Grande amor da vida. MLVS: Viúva com 6 filhos pequenos. Sem emprego... SSA: Pai morreu [16 anos]. Ficamos 8 irmãos e a mãe.	RPGB: Morte do pai aos 18 anos. Cuidei de duas famílias: com a esposa e com a mãe. IVB: Morte da mãe. MNVM: Morte do marido.

¹⁶ Foucault, M. **Maladie mentale et personnalité**. Paris: Presses Universitaires. 1954.

¹⁷ Auerbach, E. **Mimesis. La representation de la réalité dans la littérature occidentale**, Paris, Gallimard, 1968, 559 p.

Pode-se organizar a *situação mais difícil da vida* em três categorias: Afetiva: A; Relação a dois: R; Socioeconômica: S.

Distingue-se a categoria *Afetiva* de *Relação a dois*, a exemplo da incapacidade de FSA para lidar com a filha portadora de paralisia dos braços, por não envolver o relacionamento com o parceiro.

A **Tabela 13**, abaixo, resume os achados:

Tabela 13 – Categorização da situação mais difícil da vida por Tipo Prognóstico			
Tipo	Afetivo	Sócio econômico	Relação a dois
Complicado	A		D, D
Progressivo			D, D, D
Estagnado		S	D, D
Residual		S, S	D
Resolvido		S, S, S	

Observa-se uma nítida mudança no perfil relativo ao tópico: a *relação a dois* prevalece em larga escala nos Tipos Prognósticos Complicado, Progressivo e Estagnado, sendo que nesse último aparece o *socioeconômico*, o qual predomina no Residual e Resolvido.

É interessante constatar que MLVS e MNVM referem-se, ambas, à viuvez. Mas, não é o aspecto afetivo que lhes magoa o coração e sim a luta pela adaptação socioeconômica que o novo estágio lhes exige.

Talvez se possa elucubrar que a pessoa mais voltada para a o lado socioeconômico tende a diversificar seus projetos existenciais e a ampliar os seus vínculos afetivos, diminuindo a importância da *relação a dois*. Assim, a supervalorização desse relacionamento corresponderia a espécie de monocultura, fragilizando excessivamente a pessoa, quando se vê privada do convívio, por separação ou morte do companheiro.

Outra possível análise envolve o grau de satisfação e/ou sucesso alcançado pelo paciente no tocante à situação mais difícil de sua vida. Surgem, desse modo cinco gradações: satisfatório (S); pouco satisfatório (PS); regular (R); pouco frustrante (PF); frustrante (F). Resume-se o item na **Tabela 14**, abaixo.

Tabela 14 – Autoavaliação do sucesso na situação mais difícil da vida					
Tipo	Satisfatório	Pouco satisfatório	Regular	Pouco frustrante	Frustrante
Complicado					F, F, F
Progressivo					F, F, F
Estagnado			R?		F, F
Residual		PS	R?		F
Resolvido	S, S, S				

Embora seja polêmico avaliar experiências afetivas por meio de um eixo que contempla o grau de satisfação do resultado, o esforço não é completamente inútil porque satisfatório significa o *que é capaz de redimir as faltas cometidas*. Isso corresponde às posturas resolvida e resiliente.

Portanto, verifica-se uma vez mais que os tipos Complicado, Progressivo e Estagnado apresentam predomínio quase absoluto da resposta Frustrante. No Residual e Resolvido prevalece o resultado Satisfatório.

Acreditou-se que qualquer paciente saberia identificar com nitidez o conflito mais grave pelo qual tenha passado. Nesse caso, a sua reação serviria de parâmetro quanto ao restante de sua vida. Corresponderia à pequenina fração de sangue que permite investigar uma série de substâncias e, conforme o resultado, sinaliza a intensidade da perturbação no organismo.

Pode-se discutir aqui, superficialmente, o valor de se tomar uma atitude ou experiência como dado representativo do sujeito. O tema é vastíssimo. Resgata-se o dito no tópico anterior, afirmando-se que o estudo se pautou na conciliação entre o experimento vivenciado, passível de análise pelo examinador, e a sua importância ou significado, definidos direta ou indiretamente pelo próprio paciente. Portanto, atravessar um episódio doloroso para a universalidade das pessoas, sem evidenciar sofrimento, denuncia percepção e/ou sensibilidade, talvez patológica, apesar de aparente sanidade. O parâmetro não é exclusivamente individual, mas leva em conta a reação prevalente em sua própria cultura. Arruinar-se a si mesmo, imediata ou remotamente, revela fragilidade intrínseca.

Todavia, mais uma vez, é necessário reconhecer os dois integrantes do procedimento: o pesquisador e o entrevistado. Cabe ao primeiro conhecer razoavelmente o ser humano, trazendo a régua do bom-senso, a qual o conduz na avaliação do que se considera, em geral, aceitável e daquilo que se classifica como doentio; ao último, a liberdade de escolher o evento marcante e expressar o impacto e as consequências posteriores. Não faria sentido esmiuçar a angústia e a felicidade do ser humano, portando um padrão fixo do que é certo ou errado, salutar ou patológico, louvável ou repreensível.

Como não existem fatos psíquicos elementares separáveis, não se podem comparar os sintomas patológicos com elementos da consciência normal, porque um sintoma só tem sentido patológico no seu contexto clínico que exprime uma perturbação global. Por exemplo, uma alucinação psicomotora verbal está contida em um delírio, e o delírio, em uma alteração da personalidade... (CANGUILHEM, 2009, p. 44).

A pergunta inicial sondou a respeito da principal dificuldade encarada no curso da vida, mas a quase totalidade dos pacientes citava o próprio câncer, o que obstruía o objetivo de se verificar fatos pregressos. Ouvia-se, calmamente, o relato e ao término indagava pela situação *afetiva* mais difícil, vivenciada previamente ao câncer. Raras vezes, o ser humano não tem, entre seus maiores enfrentamentos, uma questão ligada ao afeto. Dos quinze pacientes selecionados para a análise, somente JAM (Estagnado) referiu-se ao financeiro como circunstância mais desafiadora em sua vida: *o que a gente guardava para a alimentação às vezes não era suficiente. Coloquei boteco de vender banana. Fiquei desempregado e trabalhei vendendo Avon.* No entanto, esquadrinhando o seu percurso afetivo, negligenciado na avaliação do próprio paciente, vê-se que de novo, ele reitera a mesma displicência apresentada em seus envolvimento com mulheres casadas ou muito novas. Admite-se, em hipótese, que a saúde lhe cobrou altíssimo preço pelo descaso.

É interessante constatar que estudiosos da psicopatologia do trabalho admitem também a relevância da afetividade na questão da saúde:

As doenças evoluem por avanços, por crises, e estas últimas não ocorrem ao acaso na vida das pessoas, mas, precisamente, quando alguma coisa de penoso ocorre na vida psíquica, na vida afetiva. Conhece-se, assim, numerosos exemplos onde a doença física, ela mesma, é desencadeada por ocasião de uma situação afetiva insustentável, no momento em que o sujeito está, de certa forma, pressionado por um impasse psíquico (DEJOURS, DESSORS e DESRIAX, 1993, p. 100).

Como foi seu aproveitamento diante da principal oportunidade de realização em sua vida?

As respostas estão resumidas na **Tabela 15**, abaixo.

Tabela 15 – Aproveitamento diante da principal oportunidade – por paciente e Tipo Prognóstico

Tipo	Complicado	Progressivo	Estagnado	Residual	Resolvido
Como foi o seu aproveitamento diante da principal oportunidade?	FSA: Prejuízo com locadora de vídeos. SFM: Sonho cortado em relação à Aeronáutica. IO: Não apareceu ou não viu.	FSN: Teve empresa e equipe boa trabalhando com ele. FABS: Sócio lhe deu prejuízo na empresa. FABO: Trabalhou muito e comprou casa.	JAM: Recusou emprego no governo. MLGN: Morar perto dos filhos de novo. TGO: Trabalho de doméstica.	AOS: Ser mãe. Foi o mais importante. MLVS: Nenhuma. Viúva e depois <i>se juntou</i> . Mais filhos... SSA: Conseguiu casa, carro, realizações...	RPGb: Ficou com um dinheirinho e fez negócios... IVB: Ser professora. Mostrou capacidade. MNVM: Adoção de um filho.

Recorre-se aqui igualmente ao critério de utilizar as três categorias, à semelhança da questão anterior: Afetiva: A; Relação a dois: R; Socioeconômica: S.

A Tabela 16, abaixo, mostra os achados:

Tabela 16 – Categorização da principal oportunidade na vida por Tipo Prognóstico

Tipo	Afetivo	Sócio econômico	Relação a dois
Complicado		S, S, S	
Progressivo		S, S, S	
Estagnado	A	S, S	
Residual	A	S	D
Resolvido	A	S, S	

Registre-se que IO relata não ter identificado nenhuma oportunidade e, então, infere-se que ela se reporta à questão *socioeconômica*, já que teve nítida chance na relação a dois, com o marido, e na afetiva, com os filhos.

Observe-se que houve acentuada prevalência da categoria Socioeconômica: 12 das 15 possibilidades. Tal ocorrência provavelmente se deve ao vínculo generalizado que se faz entre oportunidade de vida e realização pessoal. Contudo, isso não deveria acontecer *a priori*. Seria conveniente a IO, por exemplo, refletir sobre o fracasso espontâneo, colhido no primeiro casamento devido à viuvez intempestiva, e se preparar de forma a proteger o segundo. Portanto, a trajetória de vida de cada pessoa aponta em qual aspecto houve ruptura, frustração ou desistência a fim de que ela própria se reorganize para a nova tentativa. Ali haverá ocasião para o exercício de resiliência. O mapa do passado é indicador precioso dos pontos vulneráveis do sujeito.

Comparando IO com AOS, por exemplo, percebe-se a atitude resiliente da última. Empenhou-se para resgatar o casamento, e logrou êxito durante bastante tempo, mas o marido recaiu em nova relação extraconjugal, intensa e duradoura. Parece que houve consciência por parte de AOS em torno da prioridade na qual deveria concentrar os seus esforços. Cumpre lembrar que AOS teve sucesso profissional, diferentemente de IO, mas por escolha própria, de modo a educar os filhos...

Destarte, convém fugir das condutas padronizadas, que enfatizam a qualidade de vida, entronizam viver o presente, decantam *seja feliz por você mesmo* etc. e, sim, leve o indivíduo à análise de seu pretérito, no sentido de auxiliá-lo a perceber o ponto exato no qual se afastou de sua ética pessoal e, em seguida, se houve displicência ou severidade excessiva consigo mesmo. Talvez nessas atitudes surjam indícios do que deve ser mudado – sair da Estagnação –, ou corrigido por meio de tentativa resiliente – correspondente ao Residual – e, por fim,

exercitar a solidariedade e/ou renúncia, conforme o seu justo potencial – segundo o Resolvido.

Cogitou-se que o proveito ante a principal oportunidade constituiria um símbolo de como o sujeito se lançou nas ocasiões que a vida lhe ofereceu. Entretanto, somente depois das primeiras entrevistas, ao burilar o questionário, ficou evidente que em muitas circunstâncias, não havia apenas perda da *grande chance*. Afora a negligência ou o fracasso, a pessoa transformaria o experimento num conflito ou frustração, surgindo atitudes rebeldes ou sentimentos autodepreciativos, desencadeando prejuízos importantes ou duradouros. Tal constatação ampliou bastante o leque a ser explorado pela pergunta, facultando a inclusão do extremo negativo, despercebido até então pelo pesquisador. Em comparação com a pergunta VI, que procurava mensurar a (in)capacidade de solucionar experiências afetivas difíceis, aqui o foco é o lado bom, o ensejo propício que sucedeu na trajetória do sujeito. O não aproveitamento pode gerar uma insatisfação imensa com graves repercussões na saúde do indivíduo. A transmutação do fracasso ou impedimento de concluir determinada experiência numa série de atos nocivos a si mesmo ficou patente na história de SFM, do Tipo Complicado: *Vi o meu futuro e foi cortado. Joguei pra cima. Foi a pior coisa da minha vida. Terrível. Nunca havia sido reprovado. Caiu um avião com conhecidos do meu pai. Ele achou por bem, não deixar eu ir. Falei que então eu ia parar de estudar e ele preferiu. Perdi a vontade que eu tinha, o sonho de ser piloto.* Em seguida à proibição paterna, o paciente deixou-se levar pela revolta, tanto no campo profissional como no afetivo. Parou de estudar e tornou-se motorista durante décadas; casou-se nove vezes até que, enfim, estabilizou-se com a última companheira havia vinte anos...

É interessante que o prejuízo pela perda de oportunidade encontra-se presente em muitas situações e contextos. Cita-se, em seguida, uma aplicação na área jurídica. Ainda que focada especialmente na dimensão financeira, percebe-se a amplitude que ela pode alcançar:

...no que tange as chances perdidas, apesar das diversas tipificações estipuladas – seja como dano emergente, lucro cessante ou até mesmo dano moral torna-se possibilitada a interpretação de que, havendo uma oportunidade perdida, desde que séria e real, ela integrará o patrimônio da vítima, possuindo valor econômico, e, assim, podendo ser indenizada (STRAUCH, 2012, p. 7).

O principal valor das questões VI e VII é abordar situações de grande importância para o paciente e, também, possibilitar a confrontação entre o fato e a reação íntima. Aquilo que se revela trauma e sequela para alguém, representa desafio e crescimento para outro.

Você já sentiu algo, ou teve impulso ou tomou decisão importante que não queria ou contra a sua vontade?

As respostas estão resumidas na **Tabela 17**, abaixo.

Tabela 17 – Sentimento ou impulso contra a própria vontade – por paciente/Tipo Prognóstico					
Tipo	Complicado	Progressivo	Estagnado	Residual	Resolvido
Você já sentiu algo, ou teve impulso (...) contra a sua vontade?	FSA: Não, não é muito de falar SFM: Trocou de emprego por impulso IO: Desejou alguém que não podia.	FSN: Não era para ter feito coisas erradas. FABS: Somente em relação ao casamento. FABO: Dizia coisas e se arrependia.	JAM: Namorar mulher casada ou menina nova. MLGN: Vontade de matar a amante do marido. TGO: Ter esfaqueado o marido sádico.	AOS: Pedir para o marido sair de casa. MLVS: Ter se casado de novo. Continua com esse marido... SSA: Planejou deixar a esposa, sem avisá-la, mas não o fez.	RPGB: Fez só o que quis e o que dava para fazer IVB: Não. É muito criteriosa MNVM: Adotar o nenê.

Observa-se a grande quantidade de sentimentos ou decisões conflituosas. O arrependimento abunda nos Tipos Complicado, Progressivo e Estagnado, diminuindo no Residual e praticamente desaparece no Resolvido. Tal constatação, por si só, reforça a adequação da tipologia proposta no estudo.

Examinando alguns pacientes, sem entrar em maiores detalhes, vê-se que FSA (Complicado) persiste acreditando que não falar sobre os problemas seja sempre a solução deles. FABS (Progressivo) mostra entendimento semelhante, quando diz que não inclui a união conjugal nas decisões contra a vontade, porque *casamento é loteria*. Pode-se até admitir que a sua crença amenize um pouco a sua culpa, porém é muito provável que o conflito subsista.

Os achados suscitam reflexão em torno de recalcar versus externar o próprio pensamento ou opinião. Exalta-se com frequência o gesto de quem se expressa, dando vez ao próprio sentimento, em contraposição àquele que se recolhe em si mesmo. Dá-se à primeira, o valor terapêutico e à segunda, a pecha de falha, consequentemente, algo prejudicial à saúde. Admite-se que um extravasa o incômodo, no todo ou em parte e, o outro, absorve-o em seu próprio recesso. Entretanto, uma análise isenta nos revela que o conteúdo transbordante do indivíduo promove distúrbios durante o processo de exteriorização, talvez equivalentes ao ato de ocultá-los no íntimo. Essa escolha, isoladamente, não garante nenhum bom resultado. É necessário sondar criteriosamente o modo e a razão pelos quais o sujeito interioriza ou manifesta o morbo psicológico. Também cabe indagar a frequência e a intensidade com que as exonerações são exigidas para que o paciente se sinta mais confortável.

Desse modo, quando TGO afirma *até hoje me arrependo do que fiz...*, a amputação do braço direito parece uma *pintura* de suas palavras. O braço esfaqueador teve de ser amputado devido ao câncer. Além disso, a sensação dolorosa intensa se manifestou por largo tempo. Haverá alguma correspondência entre a dor física e o sofrimento pelas atitudes do marido sádico? No entanto, a carência da paciente, igualmente aflitiva, talvez seja a brecha de vulnerabilidade, levando-a relacionamentos distorcidos e doentios. Perscrutando os fenômenos psicossomáticos à luz da psicanálise lacaniana, Denise Mello destaca que Jacques Lacan reconhece o assunto como *território pouco explorado* e acrescenta:

As lesões psicossomáticas são caracteristicamente enigmáticas, pois tanto podem aparecer como que 'do nada' e do mesmo modo que se apresentaram vão embora. Ou, ainda, podem se agravar e colocar em risco a vida do sujeito, como um agravamento do quadro ou até mesmo a morte (MELLO, 2015, p. 19).

A história de TGO forneceria insumos para substancioso compêndio, na vertente psicossomática. Impenderia remontar ao período de convivência conjugal, extrair bastante dados do relacionamento, no campo afetivo e da linguagem e, provavelmente, a avenida preencher-se-ia nas lacunas que ora se expõem ao incauto transeunte, distraído da complexa unidade mente-corpo.

A premissa do estudo se baseia que não se faz uma doença grave, seja câncer ou qualquer outra, sem que a mesma se evidencie através de respectivos sinais na história de vida do protagonista.

O câncer surge a partir dos cromossomas do próprio indivíduo, mas depois progride alheio ao sistema nervoso central, espoliando a constituição em favor de seus objetivos particulares.

Comprovou-se arrependimento com fatura em diversos pacientes, sugerindo conflito, mas seria inferência arriscada presumir a presença de antagonismo interno. É indispensável que o sujeito afirme, demonstrando consciência de luta íntima, bem como a vitória intermitente da fração patológica sobre o comando cerebral.

Começamos a compreender o câncer há apenas alguns anos. Sabíamos que é uma doença do sistema de regulação. Uma bactéria é uma célula isolada que se multiplica independentemente. Já uma célula humana – seja ela da pele, do fígado ou do pulmão – sabe que faz parte de um órgão, de um organismo e que, portanto, não deve se multiplicar de qualquer maneira. A célula sabe, porque há sistemas que a informam – os sistemas reguladores. Consequentemente, a célula é mantida numa ordem precisa, que é a do corpo (MILAN, 1999, p. 100).

O conceito de unidade mente-corpo, na literatura homeopática, pressupõe que o fenômeno orgânico, na maioria das vezes, encena roteiro similar ao que transcorreu ou ainda perdura no psicológico. Quando François Jacob, um dos agraciados com o Prêmio Nobel pela contribuição ao estudo do código genético e a descoberta do RNA mensageiro, alude acima à *regulação* – em entrevista concedida a Betty Milan – o modelo homeopático entende que o fenômeno ocorre nos dois planos, ainda que em tempos diferentes, cabendo ao emocional a antecedência.

Portanto, ao se consentir com a existência de algum fator externo desencadeante, ele deve ser investigado em sua bidimensionalidade: o vírus, o tabaco, o traumatismo e um sem número de elementos supostamente cancerígenos correspondem a estímulos psicológicos análogos. Em consequência, o sujeito se sentiu induzido a sentimentos infelizes ou atitudes impróprias, que contrariavam a sua vontade ou ética e, apesar de combatê-los, viu-se incapaz de preservar a sua paz ou em seu equilíbrio pessoal e algum sentimento ou atitude adquiriu *vida própria*. Ressalte-se, novamente, que tal hipótese, embora corrente no meio homeopático, psicossomático, e em certas abordagens psicológicas, não se encontra ainda incorporada à medicina, talvez pela concentração restrita aos fenômenos na dimensão concreta.

Contudo, a questão atual evidenciou-se acima do grau de consciência da maior parte dos pacientes.

Enquanto os profissionais detêm o conhecimento técnico para tratar e aliviar o sofrimento, os pacientes detêm o conhecimento dos seus sintomas, da sua história de vida, das suas necessidades, elementos fundamentais para o médico exercer o seu trabalho (LACERDA e VALLA *et al.*, 2003, p. 180).

Nem sempre este conhecimento é cristalino em ambas as partes. O indivíduo procurava alcançar os seus objetivos e viver feliz ou livre intimamente, porém a tristeza ou a angústia, o desalento ou a carência, a frustração ou o medo etc. dominavam-no e impunham-se. Mas ele persiste sem noção de que travava uma luta interna, em que a alegria e depressão digladiavam-se no seu âmago; não percebe que o otimismo e o desespero combatiam-se em sua mente; não se dá conta que a paciência e a revolta terçavam armas em seu coração. *Pior do que doença é não ter controle dos meus pensamentos que não consigo dominar*, são palavras da paciente IO (Complicado), a única, talvez, a revelar consciência do desgoverno de suas ideias. Ela não diz, mas pode-se inferir que entre os pensamentos que não domina está a sensação de inutilidade: *Me acho inútil. Tão inútil. Não sei viver. Desde os 16 anos,*

desenvolvi um pensamento de não querer estar viva. Mas não quero morrer. Tanta coisa errada, mas sempre zelei pela vida. É uma ideação autodestrutiva e, ao mesmo tempo, uma defesa contra ela, zelando pela vida, em evidente antagonismo. O profundo conflito de IO, em tese, reflete-se no corpo e encarna o mieloma. Veja-se a origem do plasmócito, a principal célula desse câncer: *As células responsáveis pela produção de anticorpos são derivadas dos linfócitos e conhecidas como plasmócitos* (FIGUEREDO, 2008, p. 10). Adicione-se também a seguinte informação sobre tal modalidade de câncer: *As manifestações clínicas surgem em decorrência de infiltração nos órgãos, principalmente os ossos, de plasmócitos neoplásicos, de produção de imunoglobulinas em excesso e da supressão da imunidade humoral normal.* (SUCRO *et al.*, 2009, p. 59). São complicações comuns, segundo o autor citado: anemia grave, lesão óssea, insuficiência renal e infecção recorrente.

Talvez haja no mieloma um exagero de defesa, *de produção de imunoglobulinas em excesso*, o que acarreta a *supressão da imunidade humoral normal*. Parece cabível se cogitar que o organismo cria um escudo de proteção que, no entanto, não soluciona nem previne o ataque, pois a agressão vem de dentro. É provável que se não houvesse em IO o *zelo pela vida*, a sensação de inutilidade – em paralelo com ausência de exibição do polo somático – poderia evoluir para o risco de suicídio ou de um quadro psicótico. Aceita-se a hipótese de que o fenômeno psicológico, envolvendo o sentimento de *ser inútil* e a *luta para não morrer*, projete-se tanto em suas conflituosas posturas afetivas, como em sua imunidade e, enfim, ao câncer. A psicossomática abona esse entendimento: *Penso [...] que a enfermidade, como corolário da forma de ser da pessoa, foi a expressão máxima de sua crise existencial, como episódio necessário...* (PERESTRELLO, 1982, p. 45).

Você já teve alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?

As respostas estão resumidas na **Tabela 18**, abaixo.

Tabela 18 – Mentira, fingimento ou disfarce – por paciente e Tipo Prognóstico

Tipo	Complicado	Progressivo	Estagnado	Residual	Resolvido
Alguma situação ou relacionamento que você mentiu, fingiu ou disfarçou?	FSA: Às vezes sincera, as vezes falsa.	FSN: Tem coisas que finge que não vê.	JAM: Nunca prejudicou ninguém.	AOS: Mentiu que estava bem, que não doeu, em relação à traição.	RPGB: Não é homem de duas palavras
	SFM: Quase tudo foi na base da mentira	FABS: Sempre sincero, chegava e dizia quem era e suas intenções.	MLGN: Quando lhe perguntam, ela diz como faz.	MLVS: Teve oportunidade de relacionamento, mas não quis.	IVB: Mente para o telemarketing.
	IO: O marido sempre soube que ela não era apaixonada por ele.	FABO: Não prejudicou ninguém. Só uma vez	TGO: Nega.	SSA: Mentia muito para as mulheres.	MNVM: Não se lembra de nada assim

Esse dado não mostra diferença significativa entre os grupos, exceto o Resolvido, cuja única referência à mentira foi de IVB e, mesmo assim, vaga. Ela chega a creditar sua resposta à mentira porque assim o faz para o telemarketing. Nos demais conjuntos, a resposta afirmativa ocorre em dois a três dos respectivos pacientes.

Fatores de confundimento aparecem nas alocações: a) *nunca prejudiquei ninguém*, tal como se exprimem FABO (Progressivo), JAM (Estagnado); b) *tudo que me acontecia ele [marido] sabia*, assevera IO (Complicado). No caso de FABO, admite-se que ele tenha prejudicado mais a si mesmo, com a sua adição às drogas, mas esse raciocínio não se aplica a JAM. Como se eximir das decepções que provocou nas *meninas novas* com quem se relacionou e, pior, naquela que engravidou? Enfim, é recomendável o indivíduo que se lança no abismo da autodestruição lembrar-se de que sua dor nunca lhe é exclusiva. As pessoas que o amam sofrem com ele e por ele. A família do suicida atesta claramente tal assertiva, em especial, quando há crianças ou adolescentes entre os que ficam...

O discurso de IO, alegando contar tudo ao marido, aparentemente, pretende reivindicar inocência, ao menos parcial. Todavia, convém examinar com cautela o suposto argumento, pois a sinceridade que não poupa o companheiro sugere, antes de tudo, uma atitude egoísta. Uma pessoa madura, ainda que se embarace nas teias de um afeto ou mesmo relação extraconjugal, empenha-se para se livrar dos fios da trama e preocupa-se em proteger o seu par estável do dissabor do ocorrido.

Tudo indica que nada seja bom ou ruim em si mesmo e os pacientes do estudo confirmaram tal sentença, convertendo alquimicamente o desafio ou frustração em dano e vice-versa, prejuízo e carência em estímulo e superação. Em tese, ser verdadeiro é recomendável, desde que os malefícios decorrentes da exposição não suplantem as vantagens do silêncio. Muita gente resolve narrar ao parceiro as fraquezas vivenciadas somente para se exonerar da culpa. Seguramente, quem age dessa maneira apenas transfere o seu incômodo interno para os ombros alheios. Seria mais honroso e saudável solucionar o conflito e/ou sorver o arrependimento sozinho, buscando auxílio psicoterapêutico, muitas vezes oportuno e necessário.

Por outro lado, compete realçar o valor da sinceridade. As relações bioquímicas são, em geral, claras e transparentes. As funções orgânicas e as individualidades moleculares obedecem a regras e limites precisos e rigorosos. Assim, por que motivo não há intervenção quando determinada substância ultrapassa o limiar que, antes, desencadeava uma reação? Quais fatores embaralham os mecanismos de controle no instante em que uma fração gênica começa a apresentar alterações? As pesquisas voltadas para o complexo sistema de reparação

do DNA, investigado há algumas décadas, foram objeto de premiação com o Nobel de Medicina de 2015:

Na ausência de reparo de DNA, as células simplesmente colapsariam. No ser humano, por exemplo, sabe-se que a deficiência de alguns desses mecanismos está diretamente associada ao aparecimento de tumores. Curiosamente, células tumorais usam os mecanismos de reparo de DNA para se defenderem de algumas drogas antitumorais e, por isso, o conhecimento destes pode nos auxiliar a desenvolver terapias mais eficientes que ajudem a combater os tumores (MENCK e MENEHINI, 2015, p. 264).

Parece existir, em princípio, um nexos também entre a atitude falsa e determinadas perturbações orgânicas. A mentira, a dissimulação e a meia verdade, tão banalizadas, talvez estejam relacionadas a alterações físicas em que um órgão parece não acreditar mais no outro, ou deixa de ler um índice que, até recentemente, o induzia a reagir ou a secretar alguma substância. Há uma falha no sistema de controle da consciência. O sujeito infringe a sua própria ética e supõe que isso não tenha consequências. É possível que ocorrendo de forma rara e em algo pouco significativa, a alteração gênica seja reparada. Todavia, ainda que rara, mas muito intensa, parece lógico que os dispositivos de conserto se mostrem incompetentes, promovendo condições para que a falha se estampe no corpo.

Acredita-se também na possibilidade de contribuições psicológicas no crescimento do câncer. (...) A relação entre o estresse e desta na alteração do sistema imunológico e esta situação favorecendo o desenvolvimento de formações tumorais foram amplamente analisadas..... (CARVALHO, 2002, p. 155).

A questão anterior, número 8, investigou sensações ou posturas que dominam o sujeito, mas persiste o conflito; na atual, depara-se com uma descrição em que se perdeu a luta e deixa-se levar pela desfaçatez e pela falsidade perante os seus próprios valores e juízo.

Nota-se certa semelhança nos três seguintes casos do Tipo Complicado, embora se perceba uma gradação entre eles nesse quesito: IO tem a vantagem da consciência sobre os pensamentos que escapam ao seu domínio, mas tudo indica que a sensação de inutilidade não foi exposta nem trabalhada e, conseqüentemente, não resolvida; FSA opta, desde criança, por calar suas queixas, talvez para manter o pai em casa e, dando vazão a essa postura, finda por não percebê-las ou ignora-as; enfim, SFM adotou a mentira como norma de vida e, igualmente, não solucionou, no íntimo, o sofrimento pela perda do sonhado curso de aeronáutica. Durante a entrevista, o paciente gemia e clamava: *por misericórdia, tira essa*

dor de mim, Pai! O ocultamento ou negação da falha interna em muitos casos colabora para o crescimento do próprio distúrbio na esfera psicológica e/ou física. Simonton *et al.* citam em seu livro, trabalhos da Dra. Elida Evans, psicanalista junguiana, sobre história de pacientes com câncer.

Experiências na infância resultam em decisões tomadas quanto a ser um tipo específico de pessoa (...) se as crianças veem seus pais brigar com frequência, de maneira agressiva, podem tomar a decisão de que expressar a sua raiva é ruim. Como consequência, elas se impõem regras para serem bondosas, agradáveis e animadas, pouco importando o que estão sentindo de verdade. (...). Na vida adulta a maioria dessas decisões tomadas na infância já não é mais consciente. A maneira de agir foi repetida tantas vezes que já não existe mais a consciência de se ter feito qualquer tipo de escolha (SIMONTON et al., 1987, p. 71).

9. DISCUSSÃO

Discute-se, abaixo, os aspectos mais salientes do grupo de pacientes, de acordo com a proposta explicitada previamente. Com certeza, muitos outros – igualmente relevantes – merecem abordagem, porém tornaria a redação extensa em demasia. Além disso, muitos dados, apesar de impactantes ficaram soltos, dificultando a inserção no atual capítulo. Houve momentos em que o examinador refletiu sobre a miséria humana à qual estão relegadas tantas pessoas. As visitas domiciliares expuseram a pobreza social, que os Cuidados Paliativos mal atenuam, embora a solicitude generosa com que acodem as prementes necessidades dos enfermos.

Entretanto, os dramas existenciais que atravessam décadas, reiterando a postura doentia por parte dos enfermos, causaram acentuada angústia no entrevistador. Houve dias de perplexidade em que se sentiu dominado por atordoantes indagações: Que mundo é este que tanta gente vive um destino esfacelado? TGO, rejeitada sucessivamente desde o nascimento; MLGN, expulsa de casa em companhia de seus 7 filhos pelo próprio ex-marido; FABS e FABO que, mesmo abandonados súbita e silenciosamente por suas respectivas esposas, não se libertaram do álcool e outras drogas. Quando a medicina curar-se-á da alienação em que extraviou, julgando que a doença se resume a processo orgânico, desvinculado dos sentimentos e das percepções do doente?!

O desconhecimento dessa possível realidade talvez explique porque em todos os quadrantes intelectuais, culturais e socioeconômicos, as pessoas adoecem com prodigiosa fartura. Os profissionais da área de saúde não escapam ao gigantesco vagalhão que recolhe todos os incautos e recalcitrantes. Tivessem eles ciência mais sábia ou tecnologia mais humanizada e preveniriam maior número de doenças ou promoveriam curas em proporções superiores, ao menos nos indivíduos que laboram em seus próprios segmentos. Recentes *estudos internacionais indicam que os médicos se suicidam cinco vezes mais que a população geral* (Conselho Federal de Medicina, 2016), divulgou amplamente a mídia e foi objeto de debate realizado pelo referido Conselho.

9.1 HISTÓRIA DE VIDA E PROGNÓSTICO NAS BASES DE DADOS

A pesquisa no site PubMed, reunindo os dois termos: *prognostic* e “*life story*”, só disponibilizou 3 (três) artigos (**Figura 15**, abaixo). Nenhum deles trouxe informação

importante para a análise comparativa com o estudo. Os artigos similares a esses três, sugeridos pelo PubMed, tampouco contribuíram para essa finalidade.

Figura 15 – Pesquisa no PubMed: termos Prognostic e ‘Life Story’.

No mesmo site, os termos *prognosis* e “*life history*” suscitam o aparecimento de sessenta e sete artigos (Figura 16, abaixo). Entretanto, poucos despertam interesse na leitura, pelos seguintes motivos: estão ferrenhamente adstritos à doença, síndrome ou em algum grupo de sintomas – orgânicos ou psiquiátricos; restringem-se à investigação quanto à influência de determinado fator causal, procedimento diagnóstico ou intervenção terapêutica reducionista, bem como de sua ausência; pertencem à esfera da veterinária; giram em torno de figura famosa de séculos passados e, conseqüentemente, de quem não se dispõe de dados psicoafetivos, havendo em geral elevada margem de inferência.

Figura 16 – Pesquisa no PubMed: termos Prognostic e ‘Life History’

Destaque-se que na língua inglesa, usa-se correntemente a expressão *história de vida* para se referir a qualquer doença, por exemplo: a história de vida do câncer de útero ou do acidente vascular cerebral. Em português tal emprego inexistente. Diz-se, simplesmente, a história do câncer de útero etc. A Psicossomática contribui para o entendimento do tema, pois segundo De Melo Filho, vários autores *criticam, na linha de Balint, a chamada 'história natural da enfermidade', à qual se dá tanta importância no ensino clínico tradicional; para estes autores o que há, na realidade, é uma história pessoal de cada enfermidade* (De MELLO FILHO, 2002, p. 103).

Buscou-se, ainda, no ScienceDirect, com os termos já citados, e surgiram 101 (cento e um) artigos. Nenhum deles aparentou sondar o passado do paciente de forma aberta ou pouco direcionada. Reduzindo a procura para o encontro dos termos no título, resumo e palavras chaves do artigo, a quantidade se reduz para 7 artigos. Também não se identificou nenhum que pudesse contrapor com os achados deste estudo. Assim, percorrendo a lista de sugestões do PubMed e do ScienceDirect, os artigos com potencial de dados para o cotejamento desaparecem por completo.

Dificuldade análoga acontece quando se trabalha com o termo *patography* [patografia] no idioma inglês. Qualquer doença pode ser abordada no tocante à sua patografia, como ocorre com o título de um dos artigos: *The Viral Network: A Pathography of the H1N1 Influenza Pandemic* (MACPHAIL, 2014). No Brasil, a palavra é amplamente utilizada como

história das enfermidades do sujeito e não de uma doença em si. Na literatura homeopática, o termo torna-se ainda mais preciso: biopatografia.

9.2 LIMITAÇÕES DA LITERATURA

Verificando alguns artigos encontrados nessas duas bases de dados, constata-se que o mencionado acima a respeito de figuras famosas, gira em torno de Georg Friedrich Händel. O texto discute, em essência, a origem de sua cegueira, nos últimos anos de vida. O autor propõe doença cerebrovascular ao invés da catarata, classicamente considerada (BÄZNER, 2015). Percebe-se um conjunto de suposições, sem sair da esfera da doença.

Por sua vez, um extenso trabalho realizado nos Estados Unidos,

...simula um modelo que prevê a morte por câncer de mama de 1975 a 2000, e quantifica o impacto da mamografia e terapia preventiva nas taxas de mortalidade. (...) O modelo gera dados como a idade do paciente, tamanho do tumor e estágio de detecção, idade da morte e causa da morte... baseado em parte nas suposições da história natural do câncer de mama (PLEVRITIS et al., 2006, p. 86, tradução nossa).

O artigo limita-se à história natural do câncer de mama, sem qualquer alusão à vida pregressa das pacientes.

Como exemplo de investigação da influência do fator causal, cita-se a relação entre o estresse materno e o parto prematuro (PIKE, 2005). Em que pese o seu valor, o artigo se circunscreve a um elemento desencadeante específico e somente uma das possíveis consequências. Ou ainda, explora a conexão entre abuso sexual na infância com sintomas depressivos durante a gravidez (BENEDICT et al., 1999).

Na tentativa de averiguar os possíveis efeitos da religião e da fé na mortalidade, comparou-se essa taxa entre católicos, protestantes e calvinistas em diferentes períodos. Embora ressaltando que padecia muitos vieses, tal como procurar mais frequentemente os serviços de saúde por parte de algum dos grupos, a autora concretiza o seu trabalho (KEMKES-GROTTENTHALER, 2003). A princípio, o desenho do estudo provoca certa aversão por endossar o rótulo religioso, que pode ser algo extremamente superficial em determinadas pessoas. Ao argumentar que a orientação católica contra a prevenção da gravidez acarreta diferenças quanto ao número de nascimentos na família e, conseqüentemente, uma série de outras disparidades, a pesquisa encontra fundamento razoável. Mas persiste o incômodo de partir de um dado pouco confiável, em função do qual se investiga uma consequência tão grave como a mortalidade.

Os artigos refletem um pouco do pensamento costumeiro nos profissionais de saúde, em particular, na medicina. Eles julgam deter o conhecimento e, então, estabelecem os pontos marcantes, sondando as relações ou a eventual causalidade entre ambos ou, ainda, o resultado na ausência do suposto desencadeante. É-lhes quase impossível aferir sem especificar rigidamente as variáveis. Transferindo tal raciocínio, implicaria procurar em pacientes com câncer, outros possíveis casos que experimentaram, por exemplo, viuvez precoce, impedimento quanto a seguir a carreira sonhada, nascimento do primeiro filho com deficiência irreversível, grande frustração amorosa, rejeição pelos pais, agressão pelo companheiro, ser abandonado secretamente pelo parceiro, passar fome juntamente com os próprios filhos ainda pequenos etc. É que o enfoque científico está dominado pela noção do elemento externo e pelo complexo de causa e efeito. Além disso, raramente algum pesquisador se coloca em posição neutra, deixando que o fenômeno se mostre em toda a sua pujança e espontaneidade.

Partindo da negação e da dúvida, a ciência colocou a priori uma barreira intransponível entre o espírito do observador e o fenômeno. O eu que observa permanece sempre intimamente estranho ao fenômeno, atingido apenas pela estrada estreita dos sentidos. Jamais o cientista abriu sua alma, para que o mistério encarasse o próprio mistério e se comunicassem e se compreendessem. O cientista jamais pensou que é preciso amar o fenômeno... (UBALDI et al., 1950, p. 24).

A excelente tese intitulada *Bocas, Câncer e Subjetividade – Patografias em Análise*, contém apenas duas referências ao termo *prognóstico*, sendo a primeiro: *Na atualidade, o desenvolvimento científico e tecnológico alcançou melhores prognósticos, aperfeiçoando as técnicas cirúrgicas e de tratamento, e aumentando as possibilidades de cura* (SOUZA, 2003). Embora se reconheça o inegável mérito do desenvolvimento científico e tecnológico, há que se considerar também o avanço de outros setores, a exemplo do saneamento, higiene, nutrição, moradia, educação, incluindo a notável influência da psicologia etc. Parece muito importante – talvez básico – o crescimento do ser humano para lidar com as circunstâncias de vida, superando situações que o retinham no cárcere das convenções e adversidades, limitando-se a encorpar suas frustrações e ajuntar compensações doentias. A difusão de noções psicológicas, em particular as referentes à autoestima, levou muita gente a defender-se das opressões e empenhar-se pelo seu quinhão de dignidade social e felicidade própria ou familiar (PORTELLA, 2014).

Ainda que a medicina apregoe a sua indiscutível contribuição para a saúde e o bem-estar das pessoas, há certo exagero, às vezes, e tendência a monopolizar os benefícios advindos de seu respectivo quinhão de atividades. Assim, por exemplo, acontece no tocante aos microrganismos, que podem se atenuar com o tempo e, desse modo, a doença relacionada com eles diminui, espontaneamente, sua morbidade. É possível conjecturar que tal desfecho se deve igualmente à passagem deles por organismos cada vez mais competentes, do ponto de vista imunológico, para enfrentá-los. Tal processo biológico ativo, proveniente do embate natural entre ambos, à revelia de qualquer vacinação específica, converte-se numa das estratégias de produção de imunizantes artificiais: *Uma forma de atenuação baseia-se na passagem de agentes patogénicos em células de diversos hospedeiros em condições de temperaturas diferentes obtendo desta forma agentes patogénicos menos virulentos* (FIGUEIREDO, 2014, p. 4).

A segunda citação, na referida tese de Souza, acima, foi extraída de uma correspondência de Freud, cujo câncer foi analisado pela autora: *Mesmo depois da operação, o prognóstico é bom. Já te darás conta que isto é só uma pequena trégua da incerteza que nos acompanhará durante os próximos anos* (SOUZA, 2003, p. 146). Entretanto, Souza como a imensa maioria dos cientistas passam a focalizar a relação do sujeito com a sua doença. Certamente, desconhecem a hipótese homeopática de que a enfermidade reproduz no corpo, com tintas semelhantes, a trajetória de vida do paciente. Merleau-Ponty¹⁸ respalda a teoria acerca da unidade mente-corpo ao afirmar: *Só sairemos desse impasse quando renunciarmos à bifurcação entre a consciência de (...) e o objeto, admitindo que meu corpo sinérgico não é objeto, que reúne um feixe de consciência aderente a minhas mãos, a meus olhos...* (MERLEAU-PONTY, 1984, *apud* SILVA *et al.*, 2009, p. 34).

Daí porque no caso de Freud, seria necessário remontar à sua vida pessoal, recolher os dados, tanto evidentes como subjetivos, de suas experiências afetivas, profissionais e sociais. Procurando não ser leviano, acerca dessa notável figura, já que investigar tais pormenores transcende o objetivo do estudo, pode-se conjecturar que ele se enquadra no Tipo Estagnado, ao se levar em conta os 16 anos de tratamento do seu câncer de nasofaringe, com mais de 30 intervenções cirúrgicas e/ou terapêuticas. Seu trajeto, ainda que aclamado em amplíssima escala, não o conduziu à cura, como se esperaria de um Residual ou Resolvido, tampouco evoluiu para o óbito de forma menos arrastada ou até imediata, como aconteceria caso ele se conformasse com o tipo Progressivo ou Complicado, respectivamente. Entretanto, como já

¹⁸ Merleau-Ponty M. **O visível e o invisível**. São Paulo: Perspectiva; 1984.

dito acima, não se classifica um sujeito pelo Escore, nem por qualquer outro item isolado, mesmo quando tão chamativo quanto foi a evolução do câncer de Freud. Reflexiona-se, apenas.

A possível conexão entre a história de vida e o prognóstico confere ao presente estudo talvez uma singularidade exclusiva. Não se busca esmiuçar a reação do indivíduo à doença orgânica, já estruturada, ou como ele lida com as suas circunstâncias depois do diagnóstico, nem se investiga de qual maneira os serviços de saúde ou a sociedade em seu todo encaram a enfermidade ou qualquer outro fenômeno, exaustivamente pesquisadas em todas as latitudes. Assim, no conceituado trabalho de Elizabeth Klüber Ross, em torno da morte e o morrer, incorre-se na mesma tendência, valorizando em demasia o evento em suas etapas finais, com certa negligência pelos fatores remotos, os quais infundem, às vezes, relevante peso na determinação do desfecho. Na *Introdução* do livro *Acolher a Morte*, da mencionada autora, consta o seguinte comentário de João Lobo Antunes:

A análise é brilhante, apoia-se em casos ilustrativos, e não há dúvida de que todos estes passos são reconhecíveis na prática clínica, excepto que, muitas vezes, não seguem a sequência descrita e a negação ou a revolta podem persistir, inalteradas, até ao final ou, então, a depressão inaugurar o quadro e não mais se abate (KÜBLER-ROSS, 2008, p.2).

Transplantar o esquema de Klüber-Ross para esta pesquisa exigiria consentir que o paciente antes de atingir o nível Resolvido, teria cursado todas as etapas anteriores desde o Complicado. Requisitaria encontrar no recôndito do sujeito o germe daninho da revolta e da desesperação e provar que ele foi erradicado pelas vias da sublimação, substituição ou resiliência por escolhas mais harmônicas e libertadoras. Aceita-se que tal progresso também ocorra entre os Tipos Prognósticos em raras ocasiões, mas existem diversos caminhos e sequências. Não se apuram aqui as eventuais transições, e sim a caracterização clara de cada Tipo. Por outro lado, o Prognóstico estabelecido para certo paciente não significa que ele esteja enquadrado por inteiro nas características daquela modalidade. Constatou-se, com razoável frequência, que a pessoa apresentava sentimentos e reações de outros Tipos. Vendo na face inversa, pode-se descrever o fenômeno como a ramificação dos traços de uma modalidade nas demais.

Dentro dessas conjecturas, o que é a resiliência, senão a mudança de Tipo? Qual seria o prognóstico de AOS, caso entrevistada em seu nono ano de depressão, cujo relato afirma ter durado dez? Com certeza, não seria o mesmo, se examinada dez ou quinze anos depois

de sua mudança da cidade natal, vencido o quadro depressivo. E se fosse um paciente com prognóstico de Complicado, Progressivo ou Estagnado, poderia agir com resiliência também? Naturalmente. Então, a evolução é possível a todos os Tipos Prognósticos, com exceção do Resolvido, porque não precisará do recurso. Todavia há que se admitir o reverso: pacientes com prognóstico Residual ou Resolvido, baseado – por exemplo – nas três décadas iniciais de vida enfrentam adversidades insuportáveis e regridem para os Tipos menos favoráveis. Vale indagar, talvez para uma próxima pesquisa, qual a frequência (quantitativo) do tipo resiliente numa determinada amostra e quais as possíveis variações (qualitativo) no modo de execução dessa propriedade. Como seria o desenho de uma sondagem, com o objetivo de incursionar nos dois aspectos? Teria de, já na saída, instrumentalizar-se com ferramentas do quantitativo e do qualitativo... Para o método numérico, haveria de definir o que considera *caso*, controlar fatores intervenientes e excluir vieses, entre outras providências; para o adstrito à qualidade, priorizaria a inquirição das circunstâncias de sua ocorrência, o que lhe granjearia conhecer as relações e modificações do fenômeno, as modalidades e a sua possível evolução – incluindo eventuais transformações – além de finalidades outras.

O próprio examinador reconhece que a riqueza do material aqui exposto exigir-lhe-á bastante tempo e acuradas reflexões a fim de organizar todo o aprendizado em sua complexidade.

Acredita-se que a averiguação do prognóstico aqui realizada, possivelmente, agregue elementos úteis na perscrutação das diferentes posturas diante da morte. É preciso retomar a vida do sujeito, em seus meandros, porque provavelmente morre-se no mesmo estilo em que se viveu, com relevantes exceções. *Perto da morte, a vida fica mais nua. E as contradições se explicitam. Morre-se como se vive...* (BRUM, 2008, p. 388). Parece que convém dar à afirmativa ‘*como se vive*’ um longo período, identificando situações, por exemplo, em que afloraram no indivíduo a sensação muito vigorosa de perda do sentido da vida ou dela ter se tornado insuportável. Abordou-se tal hipótese por ocasião da análise de FSA (Complicado) e FABO (Progressivo). Entretanto, a premissa não quer dizer que aquele sentimento desesperador ou até mesmo *autocida* não possa ser transformado, compensado ou sublimado posteriormente. A resiliência, itera-se mais uma vez, mostra-se, juntamente com outras propriedades humanas, dispositivo capaz de obstar em qualquer tempo, o escoamento das culpas e das consequências doentias. Aqui já se entrevê que os achados do estudo divergem do pensamento determinístico, o qual tende a atribuir obrigatoriamente causas prévias aos acontecimentos, esquecendo-se de que, na maioria das vezes, o presente abre generosas

possibilidades para se originar novos elementos, independentes do fluxo do pretérito. *Pode-se supor que a doença ou a vivência da meia-idade faz com que as pacientes percebam a possibilidade de finitude, mas de uma forma saudável e assim começam a enxergar novas possibilidades, ocorrendo uma melhora no estado geral da saúde emocional* (De MARCO, 2007, p. 84).

A qualidade da morte revela, teoricamente, a natureza do estado psicológico que predominou ora no sujeito, ora na reação da coletividade à sua participação, fornecendo em alguns casos, uma síntese retrospectiva de sua vida. Aqui caberia discorrer mais amplamente sobre as *exceções*, acima mencionadas, a fim de relativizar o determinismo que parece sobressair na história de alguns pacientes. Contudo as digressões se estenderiam em excesso. Limita-se, pois a deixar patente a compreensão do exame das histórias coletadas: em alguns casos, surgindo nítido elo entre sentimentos e atitudes com o desfecho clínico. Talvez esse nexo quase inflexível entre a vivência psicoafetiva e a doença ocorra quando e se houver precariedade de reparações e/ou de conquistas gratificantes, que compensem as lacunas e os desacertos. No entanto, uma margem variável de liberdade sempre se encontra à disposição do ser humano. Filosofias espiritualistas asseveram que as reflexões no leito de morte abrem perspectivas salutare e auspiciosas para o destino da alma. Afora qualquer convicção acerca da existência e continuidade de uma vida espiritual, impende consentir que a afirmativa *morre-se como se vive* comporta vultuosas ressalvas, havendo que se levar em conta, especialmente, o histórico recente do indivíduo.

9.3 CONFRONTANDO FSN E IO

Retoma-se, a seguir, a discussão iniciada no capítulo anterior em torno das limitações de se considerar o valor do Escore como dado absoluto. Focalize-se os pacientes FSN (Progressivo) e IO (Complicado): a diferença de Escore entre ambos é de 0,1 (4,3 menos 4,2), no entanto, estão classificados em Tipos diferentes. Confrontando as duas histórias, conclui-se que IO e FSN tiveram, aparentemente, satisfação semelhante quanto à realização pessoal. Desse modo, discute-se, a seguir, a experiência afetiva de ambos.

Alguns detalhes ensinaram ao pesquisador que se deveria explorar melhor certos fatos, a exemplo da traumática viuvez de IO (Complicado), após três dias de casada, aos dezoito anos e gestante. Os conflitos e decisões durante a adolescência e juventude são fundamentais para se avaliar o potencial de saúde da pessoa. Outro item que merece ser lembrado vem da

seguinte observação: *...parecia haver uma correspondência geral entre o ritmo de desenvolvimento do câncer e o tempo transcorrido desde que o indivíduo perdera o senso de significado da vida, representado por um relacionamento vital* (TOFANI, 2006, p. 18). Tal registro sugere que se houve demora entre a perda de sentido ou significado da vida e o aparecimento do câncer, há que se cogitar a possibilidade do paciente dispor de grande resiliência, facultando-lhe a chance de reconquistar o ânimo e certo prazer com as suas próprias condições. Do contrário, a doença se manifestaria com maior rapidez.

Por que uma jovem que se fecha aos 16 anos, em seguida a uma experiência de quase violência sexual – também não investigada pelo pesquisador – porém aos 18 anos, afronta a mãe do namorado, engravida-se e casa-se com apenas seis meses de namoro?! Ela diz que aos 27 anos, conseguiu casar-se de novo, vencido o trauma, porém, queixa-se de que a mãe nunca participou dos momentos importantes de sua vida. *Nunca me viu grávida*. E acrescenta, demonstrando que o relacionamento com a mãe persiste insatisfatório: *Ela veio agora para me ajudar [devido ao câncer]. Mas não quis ficar na minha casa. Foi para a casa da minha irmã, que tem gêmeas. Eu doente e eu tive que ir para lá...* Esse dado também requeria mais esclarecimentos.

Conquanto tenha vivido um relacionamento estável de aproximadamente 18 anos, e dois filhos (três com o do primeiro casamento), permaneceu carente, expondo-se a duas paixões extraconjugais, sendo a última tão intensa que acabou por envolver os dois casais em diálogos sobre a situação. Há que se suspeitar que IO conservou-se em litígio psicológico com sua mãe, o que configura bloqueio ou, na melhor das hipóteses, dificuldade existencial primária. Estudo sobre a assistência à saúde mental de mulheres aponta diversos fatores desencadeantes, abrangendo o conflito com a figura materna: *Eventos descritos da vida dessas mulheres foram dificuldades financeiras, prisão de parentes, presença de usuários de drogas na família, abuso sexual, dificuldade no relacionamento com a mãe, doença grave de um membro da família* (SENE, 2014, p. 37).

Comparando-a com FSN (Progressivo), nota-se que este passou também por sucessivos dissabores, porém com uma só pessoa, a quem acabou por fazer um flagrante e assassiná-la. Teve infância muito sofrida, sendo o mais velho de dez irmãos, e os pais se separaram quando ele contava dez anos de idade. *Tinha que batalhar – engraxeí sapato, vendi picolé. Lutei pela sobrevivência*. Começou a beber aos 22 anos, após desilusões amorosas. E chegou a usar maconha, cocaína e merla durante algum tempo, não especificado. IO (Complicado) diz sobre o seu passado: *Eu era muito feliz! A melhor coisa da vida foi a infância. Meu pai brincava muito com a gente. Aos 14 anos, eles se separaram*.

Voltando a FSN, ele afirma que teve sucesso profissional e estava ganhando bem. *Achava que estava com a mulher certa, no entanto, ela fazendo sacanagem comigo. Estava me traindo...*

A tomografia que acusou o hepatocarcinoma aconteceu quando o paciente estava com quase 62 anos de idade, sendo que um ano e meio depois encontrava-se caquético, a tal ponto que sua morte parecia iminente. IO teve o diagnóstico de mieloma aos 42 anos de idade e faleceu aos 45. São 17 anos de diferença na longevidade entre ambos, e deduzindo que dois de seus filhos estão no final da adolescência, sua morte poderá ter implicações significativas para o desenvolvimento deles. FSN apresentou hepatite e diz que *ficou um tempão fazendo tratamento*, e alternou períodos de abstinência com alcoolismo.

...em células hepáticas já sujeitas a um estímulo prévio, o desenvolvimento de nódulos hiperplásicos que inevitavelmente acompanha a cirrose pode atuar como agente promotor de carcinogênese. A elevada associação da infecção por VHC [vírus da hepatite C] com o CHC [carcinoma hepatocelular], no contexto da cirrose alcoólica, é compatível com esta hipótese (COSTA, 2010, p. 29).

Enfim, olhando as duas histórias, constata-se que a classificação de FSN no Tipo Progressivo e de IO no Complicado é pertinente. Mas, fosse o inverso e não seria nada espantoso. A piora contínua e demorada do relacionamento com a esposa e o desfecho trágico, no percurso de FSN, parece mais compatível com o Tipo Progressivo, ao passo que IO evolui de forma um tanto repentina, destruindo a organização afetiva que estabelecera com o segundo marido. Mas, o cotejamento fica prejudicado, como disse pouco acima, pela ausência de dados quanto aos sentimentos e percepções de IO, particularmente durante as turbulências de sua juventude. Quando os fatores são muito extraordinários ou fantásticos, como os relatados por ocasião do primeiro casamento de IO, eles tendem a desviar a atenção – negligencia-se o íntimo do sujeito – e prende-se nos fatos externos, como se tivessem poder de provocar agravos de forma universal. Porém, há engano! Pacientes do grupo Residual e Resolvido sinalizaram que a menor vulnerabilidade se exprime no temperamento do próprio indivíduo, ao amenizar os danos das eventuais tribulações e azares do destino.

Além disso, existe a possibilidade de se converter a adversidade ou frustração em crescimento, o que revela a sólida higidez da pessoa. Estudando a resiliência e a satisfação com a vida como fatores de proteção, autores espanhóis salientam os seguintes aspectos, os quais eles julgam ter caráter positivo na preservação e/ou restauração da saúde: *...humor*

positivo (vinculativo, autorreforço¹⁹) e os oito fatores cognitivos (sentido de compromisso, de controle dos limites, controle emocional, controle da vida, confiança, confiança nas competências, confiança interpessoal, noção de desafio (NOBRE, CASTRO e LAPA, 2013, p. 572).

Dando continuidade à questão do casamento, urge enfatizar que a duração deve ser vista, em geral, com cautela, e priorizar o foco na qualidade da relação. Parece saudável encerrar a união quando se deu tempo bastante para o parceiro, mas ele não resolve suas pendências pessoais. Entretanto, tal decisão envolve aspectos afetivos, conscienciais e de crença, tornando a conclusão, às vezes, muito complexa. As evidências indicam que a manutenção do casamento acarretou graves inconvenientes a ambos. FSN descambou para o homicídio e IO para a triangulação afetiva arrastada e torturante. A solução desses conflitos, com grande teor emotivo, torna-se às vezes uma questão de sobrevivência psicológica, em que se acaba com o desentendimento – seja com o parceiro ou com a figura paralela – ou a angustiosa incerteza extermina com o protagonista. A abordagem jurídica do crime passionai encerra reflexões interessantes:

Após realizar o crime, é comum que o indivíduo sinta que todo seu propósito vital se esvaiu com a vida da vítima, sinta que, embora seu objetivo esteja completo, ele próprio já não o está. É por isso que também é comum criminosos dessa estirpe entregar-se à justiça confessando o crime. Para eles, nada mais fizeram do que defender a si mesmo e a sua honra, e não se importam com o julgo da justiça e nem com a pena que sofrerão: ao mesmo tempo em que seu objetivo se completou, a razão que tinham para continuar sempre em frente não existe mais (MAZZUCHELL e DE OLIVEIRA FERREIRA, 2009, p. 8).

Vê-se que o extermínio do companheiro infiel permanece longe da solução verdadeira. Preservar um casamento sem resolver as insatisfações nem os motivos que originaram o desconforto, significa, em tese, acumular tóxicos em si mesmo, com grande chance de exteriorização orgânica futura, exceto raríssimos casos em que a sublimação genuína acontece.

Enfim, a avaliação da influência do casamento num prognóstico exige, em certos casos, perspicácia e sensibilidade por parte do examinador, atento à qualidade da vida a dois e na sensação profunda com que alguém lida com a infidelidade, entendida no sentido

¹⁹ “Auto reforço” ocorre quando o indivíduo compara seu comportamento com padrões internos. Se o comportamento está à altura desses padrões, a pessoa pode sentir satisfação ou orgulho, mas, se o comportamento viola ou não está à altura desses padrões, a pessoa responde com culpa, vergonha ou insatisfação (Hall, Lindzey e Campbell, 2000, p. 463).

abrangente, quando o outro prioriza sistematicamente a atividade profissional, religiosa, partidária, social etc., em detrimento do parceiro e dos eventuais filhos.

9.4 FOCALIZANDO SSA, MLGN E RPGB

O paciente SSA – do grupo Residual – expos seu desejo de voltar com a primeira esposa, embora os mais de vinte anos de seu segundo e atual casamento, atestando que ele conserva uma sensação importante, peculiar do Estagnado. Olhando outros aspectos de sua história, verifica-se que ele não se sentiu longo tempo em algum relacionamento ruim e/ou frustrante, atitude característica do Estagnado, tampouco vivenciou relação a dois que se deteriora de forma lenta, frequente no Progressivo. Não basta, aparentemente, a capacidade de sair de uma relação insatisfatória ou corroída por detestável conflito, rotina ou desprazer, mas é necessário dar de si o bastante, no tempo e no empenho, para se sentir em paz e/ou livre. Tudo indica que SSA separou-se precipitadamente, ainda despreparado para a dissolução do casamento.

...na maioria dos divórcios, um dos cônjuges quer sair do casamento mais do que o outro. Não sendo esta decisão mútua, aquele que não quer se separar acaba ficando vulnerável a um desequilíbrio emocional, à baixa autoestima, sentimento de impotência e humilhação. No entanto, quando a família consegue negociar a crise de uma forma amigável, o impacto do divórcio poderá ser amenizado na vida de cada um e, principalmente na dos filhos pequenos (SANTOS, 2014, p. 6).

Portanto, SSA leva em frente o projeto de nova união, sem descurar-se dos filhos da primeira, o que talvez tenha contribuído para o seu prognóstico relativamente *favorável*, no grupo Residual. E conseguiu ou foi agraciado com raro triunfo: *Minha esposa atual não tem ciúme da primeira. Elas se abraçam*. Pode-se inferir que o primeiro casamento, aos 19 anos de idade, foi uma decisão talvez imatura, do final de sua adolescência. O segundo matrimônio tem semelhança com o esforço resiliente, promovendo com mais sucesso a fracassada experiência anterior. Dissertação realizada acerca da satisfação e insatisfação com o casamento informa que a cifra de divórcio aumentou 700% nas cinco décadas antecedentes em vários países do primeiro mundo, e adiciona: *...insatisfação conjugal pode estar associada a problemas de saúde (...) bem como pode trazer consequências para o desenvolvimento de crianças e ser um agravante na autoimagem para os filhos adolescentes* (MACHADO, 2007, p. 75). Ressalte-se a associação entre descontentamento conjugal e

perturbações na saúde, alinhando-se à tese da influência dos desencontros afetivos na higidez das pessoas.

Se, por um lado, há estagnação no sentimento de SSA, voltado para a união antiga, pelo outro, o câncer acentuará em cores nítidas a sua postura solidária, direcionada para auxiliar enfermos igualmente com neoplasia, gesto mais usual do tipo Resolvido. Então, a sua classificação no tipo Residual, a meio termo do Estagnado e do Resolvido parece contemplar as distintas vertentes do caso. Cabe adicionar o lado profissional, em que SSA mostra-se um grande batalhador. *Fiz muitos cursos. Três anos e meio de teologia. Pedreiro. Vou escrever um livro sobre o câncer. Curso de computação. E de eletricista. E de marceneiro. Hoje trabalho com arte – em computador.* O histórico denota um sujeito ativo, em constante busca de seu crescimento pessoal.

Analogamente, MLGN ficou no grupo Estagnado, mas não seria motivo de estranheza, houvesse ela pontuado na faixa do Residual. Ocorreu em sua história prolongado distanciamento em relação aos sete filhos, constrangida pelo ex-marido e depois pela sogra. Posteriormente, ela retoma a vida em comum com eles. Apesar da similitude com a descrição do tipo Residual e a sua faceta de resiliência, parece faltar-lhe a elaboração a respeito de sua própria vulnerabilidade, a qual deu ensejo ao doloroso afastamento. Ela simplesmente regressa ao convívio com os filhos, mas não cria um novo estágio, não avança no desafio de reiniciar uma etapa em que protagonize o seu crescimento pessoal, em particular porque não se instrumentaliza no tocante a alguma profissão. A paciente sofreu um martírio inominável, porém transmite a impressão de que se acomodou na resignação, sem extrair as lições imprescindíveis. No máximo, transfere o problema para o outro, e tangencia a culpa: *Eu me culpava de mim mesmo. Se fosse outro? – diria para eu ficar na casa o tempo que quisesse. Fui fraca. Pessoa deixa levar; não tem força para combater, reagir. Quem é guerreiro, reage.* O comentário demonstra o quanto a paciente já traz o processo para si mesma. Não é a conjuntura que lhe impõe o veredicto, mas como ela se sente e se reage às circunstâncias. Eis porque as pesquisas talvez falhem muito. Elas tomam o fato externo em seu estado cru, esquecendo-se de que o significado atribuído pelo sujeito, muitas vezes, atenua ou agrava as consequências do fato.

Num dos estudos mais conceituados na esfera da psico-oncologia, Simonton *et al.* assegura que *inúmeras pesquisas já demonstraram que é possível prever as doenças principais que uma pessoa poderia vir a ter, baseando-se no número de situações estressantes na vida...* (SIMONTON, SIMONTON e CREIGHTON, 1987, p. 87). Contudo,

aderindo-se ao pensamento mais amplo – não limitado ao desencadeante externo – o referido autor insere aspectos internos em sua exposição:

Apesar de muitas pessoas passarem por períodos de estresse durante a vida, não se trata somente do estresse, mas da maneira como se reage ao estresse que faz a diferença quanto à suscetibilidade à doença. [...] O resultado pode ser a depressão, o desespero, a sensação de abandono e a falta de esperança – todos sentimentos que têm sido relacionados com o câncer (SIMONTON, SIMONTON e CREIGHTON, 1987, p. 87).

Explorando um pouco mais o contexto da íntima relação entre mente e corpo, importa mencionar que LeShan, em seu extraordinário ensaio sobre os aspectos emocionais do câncer, pontifica:

...ficava claro que os pacientes de câncer sentiam dificuldade para demonstrar raiva ou agressividade em defesa própria. Os outros diriam: ‘Ela é uma santa’ ou ‘Ele é homem tão bom, tão doce’. [...] era, na verdade, um sinal de seu fracasso em acreditar o suficiente em si mesmos... (LESHAN, 1994, p. 54).

Fator menos relevante, mas digno de menção é a sensação de *vida muito maravilhosa* de MLGN – quando adolescente – ao começar a trabalhar com o pai no serviço rural. Depois afirma que o primeiro marido lhe batia, “mesmo sem merecer”, e que acabou por expulsá-la de casa junto com os filhos. Revendo, agora, o seu percurso existencial, pode-se conjecturar que a alternância de fases, ora bem e muito feliz, ora mal e muito infeliz, em seus diversos equivalentes, geraria uma síntese condizente com o tipo Estagnado.

O paciente RPGB, do grupo Resolvido, também comporta uma pequena digressão. Apesar de ter o Escore de 1,4, enquanto as outras duas selecionadas (IVB e MNVM) do grupo têm 1,4 e 1,6, ele é o único com sequela, proveniente da radioterapia. Analisando pelo prisma da evolução da doença, seria cabível questionar o resultado e considerar a hipótese de que a proctite, conseguinte à radioterapia, implicaria no deslocamento do paciente para o grupo Residual. No entanto, a análise da história de RPGB revelou-o um sujeito solidário desde a juventude, sacrificando-se para sustentar mãe e irmãos, após a morte do pai, conforme descrito anteriormente. Logo, a simples ocorrência da sequela não impõe dúvida quanto à sua inserção no tipo Resolvido, já que predominam os aspectos existenciais sugestivos dessa categoria.

9.5 LINHAGEM DA CULPA

Outro aspecto muito saliente, embora já apontado de passagem num paciente e noutro, pode ser focalizado com lentes mais espaçosas: a linhagem da culpa. Reúnem-se aqui os casos: IO (Complicado), FSN (Progressivo), JAM (Estagnado) e, também, AOS (Residual). Recordando, sinteticamente, IO enviuvou-se três dias após o casamento e nove anos depois voltou a se casar, mas agora lamenta-se por ter se envolvido em duas relações extraconjugais; FSN arrepende-se do assassinato da esposa que lhe foi desleal; JAM lastima-se por seus diversos relacionamentos com mulheres casadas ou mais novas e, por fim, AOS não se considera merecedora da cura. *O significado da culpa também está presente nessas pessoas, pois estar com o câncer tem sido relacionado a hábitos de vida não saudáveis e a comportamentos desvalorizados em nossa sociedade* (MARUYAMA *et al.*, 2006, p. 173). Nesta pesquisa, o sentimento de culpa não tem vínculo direto com os limitados horizontes do câncer nem com a gravidade da infração ou a intensidade da falta, e sim com a sensibilidade e/ou escrúpulo da própria consciência. Note-se que se busca o esquadrinhamento da relação entre o sujeito e a sua própria vida. Portanto, a fonte da culpa não é prevista nem predeterminada no questionário. Ela surge pelo relato espontâneo dos pacientes, em alguns casos. Detalha-se um pouco mais, a seguir, a manifestação do sentimento culposos nos enfermos listados acima.

IO aflige-se não só pela deterioração da família, mas também porque, apesar dela nunca ter amado o marido, ele sempre foi um companheiro que lidou com paciência em relação à sua viuvez prematura e deu-lhe condições de cuidar dos filhos como ela planejava. Acresça-se que a paciente impôs prolongado sofrimento a si mesma, ao outro casal e, em particular, ao seu próprio marido, a quem não poupava de informações acerca de seu sentimento pelo outro. Em suas palavras: *Sou muito verdadeira – não escondi isso do marido. Eu preservei ele – para que ninguém soubesse que ele sabia. Ele [o outro] dizia adeus, mas voltava. No tocante à sua própria culpa, IO afirma: Eu que sou responsável por muita coisa. Eu que causo – sofrimento nas pessoas. Fico tentando preservar e parece que faço tudo errado. E se a pessoa sofre, eu sinto também, e é como se eu tivesse causado. A sensação que eu não sei viver, que sou inútil e que faço tudo errado.*

FSN parecia já ter se aliviado bastante da dor pelo gesto trágico de tirar a vida da esposa. Aquela caquexia, contudo, expressava o seu próprio definimento existencial. A relação de ambos minara pouco a pouco e ele, por sua vez, extinguia-se de forma lenta e irreversível, condensando o seu remorso na frase: *Meu Deus, não era para ter feito esse tipo*

de coisas... Além disso, o paciente agrega: *Nunca mais eu fui ninguém. Nunca mais eu me encontrei na minha vida.* Cabe refletir que, em muitos casos, o que se faz aos outros parece que se faz, antes, a si próprio. É preciso acurar os olhos e entretecer o tempo a fim de não se perder no imediatismo e na sensação de que seja possível burlar a responsabilidade sobre a própria saúde, como supõem alguns estudos de marketing sobre a extinção dos referenciais e das certezas (MÖLLER, 2006). As certezas, de fato, perderam o seu absolutismo, e se diversificaram, como já tateado no capítulo Adão e Eva... Parece lógico considerar que, de certa forma, a energia das palavras e atitudes com as quais se atua no mundo, circulam primeiramente no próprio sujeito para, somente depois, atingir o interlocutor, seja para o bem, seja para o mal. Não é de todo infundado que saúde e doença provenham, basicamente, da dinâmica interior e, apesar da comprovação dessa hipótese carecer de mais investigações, já existe farta literatura nesse sentido:

Posteriormente, Damásio seguindo a visão de Descartes conclui que mente e corpo são instâncias inseparáveis, porém somente a partir do séc. XIX, é que Pierre Janet levanta a hipótese para o processo psicossomático, seguido de Freud que utiliza sintomas do corpo para explicar doenças da alma. A partir daí pode-se afirmar que inúmeras são as discussões sobre a saúde e doença e mente/corpo, o que vem gerando diversas formas de se pensar sobre o tema (ORNELLAS et. al, 2014).

Por outro lado, o meio desempenha patente influência sobre o indivíduo. Os autores tendem a enfatizar mais um do que o outro.

JAM, a seu turno, cometeu a mesma infração repetidas vezes, ainda que advertido pela própria consciência. *Acho que Deus está me castigando. (...) Tenho muito que pagar pelas coisas que fiz, por essas maldades. Namorar com mulher casada, ou menina bem mais nova que eu. Depois eu me arrependia. Não era para eu ter feito. Tenho minha família e acabei fazendo. Mesmo que fosse pouco, sentia que tinha feito coisa errada. Às vezes, eu continuava; às vezes, deixava.* Contudo, manteve a estrutura familiar e atividade profissional relativamente indenens. O seu casamento, infere-se, consistia mais de superfície que de conteúdo. Capitanear o barco da família representa missão tão difundida quanto fracassada. E a maioria dos malogros debita-se à invigilância no campo afetivo-sexual. Por aventuras passageiras ou vencido pela paixão doentia, o ser humano põe em risco o seu principal patrimônio amoroso. Raríssimos sobrepujam a decepção e o arrependimento que os aguardam pouco adiante, depois da derrocada familiar. Dentre esses, alguns tomam a experiência como lição valiosa e modificam a postura, edificando novo agrupamento em bases mais gratificantes. Não se pode esquecer daqueles que mantêm a união conjugal por

interesses socioeconômicos. Quando esse motivo prepondera em grande proporção para preservar o casamento, é provável que o germe de alguma futura doença se enraíze ou prospere na família. Levantamentos efetuados na área jurídica auxiliam a estimar o intrincado problema:

O divórcio é mais comum nas classes menos favorecidas economicamente (empregados, funcionários, assalariados etc.), depois surge nas classes superiores (profissionais liberais, executivos etc.), [...] nas categorias sociais com alto poder aquisitivo, o casamento “de fachada” é sustentado, para garantir um status social, mas principalmente, para que o divórcio não cause a divisão do patrimônio... (LEITE, 2003, apud MENDES²⁰, 2007, pag. s/n).

Hoje, o pesquisador indagaria a JAM quais sensações o acudiram por ocasião da morte do filho lactente e, talvez surgisse alguma informação relativa ao seu próprio sentimento culposos. Também seria apropriado ouvi-lo sobre as suas razões para conservar-se num casamento que não o satisfazia. Haveria altruísmo ou apenas acomodação?!

AOS, conforme já descrito, não se importuna por qualquer erro em seu passado. Superou o longo desgaste pelo afastamento do primo querido e levou a vida adiante, com êxito familiar e profissional. De acordo com os achados, tal conduta resiliente inclina a evolução para um prognóstico *favorável*. Mas, a crença da necessidade de se ter merecimento para curar-se parece tê-la influenciado na postura expectante quanto à busca de diagnóstico e, conseqüentemente, de tratamento. Estudos em torno da resiliência, na literatura, conferem mais atenção ao período posterior ao câncer. Mas já se depara com aqueles que averiguam o eventual entrelaçamento da resiliência na vida com o estado de saúde ou a sua restauração. Partindo do referencial reichiano, Barreto conclui: *...para ultrapassar as adversidades e os traumas, os indivíduos precisariam se conectar [...] com as forças positivas da vida. Possivelmente, aí haverá a construção da resiliência. Essas forças possibilitam o equilíbrio dinâmico capaz de restaurar a saúde* (BARRETO, 2010, p. 4). Martinho *et al.* sustentam que a depressão é elemento co-mórbido em 25% dos pacientes com câncer, sendo que mais da metade dos que foram considerados depressivos apresentavam sentimento de culpa (MARTINHO *et al.*, 2009). Note-se que o arrependimento dos pacientes foi se diluindo gradativamente, começando pelo tipo Complicado até o Residual. Os pacientes do tipo Resolvido não mencionam nada que equivalha a tal estado de consciência. Ressalve-se que o número de casos desse grupo é reduzido, entretanto, digno de registro. Nenhum deles

²⁰ LEITE, E.O. Famílias monoparentais: a situação jurídica de pais e mães solteiros, de pais e mães separados e dos filhos na ruptura da vida conjugal. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 2003.

descreveu qualquer atitude que se encaixe no desvio ou afronta à sua ética pessoal ou que restrinja sua procura pela saúde ou felicidade, respeitado o senso de dever para com os seus próprios amados.

Resgatando o tema resiliência, observe-se que o vocábulo deriva da física e tem por definição a *propriedade que alguns corpos apresentam de retornar à forma original após terem sido submetidos a uma deformação elástica* (HOUAISS, 2009). Na área da psicologia encontram-se outras conceituações para essa qualidade. Por exemplo: *resiliência é explicada como 'processos que explicam a 'superação' de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações'* (SIMÕES, 2009, p. 6). A autora também elucida que a resiliência não está relacionada à formação de um caráter solidário e acrescenta: *o indivíduo é melhor no sentido de saber sobressair às adversidades e não melhor como pessoa* (idem). O entendimento proposto acima ajusta-se perfeitamente com o aqui empregado. Avançou-se, porém, no sentido de considerar como resiliente a iniciativa de recomeçar outro empreendimento semelhante àquele perdido ou fracassado. E mesmo que haja reiteração da derrota, apesar das novas circunstâncias, o indivíduo pode findar satisfeito consigo mesmo, pela coragem de enfrentar o seu passado e ter se empenhado para o êxito.

9.6 RELAÇÃO A DOIS

A relação a dois parece também ser indicador essencial para o prognóstico do paciente. A relevância da união conjugal na saúde parece consolidada de forma geral, pois *vários estudos mostram que casamentos estáveis e satisfeitos estão associados a níveis mais elevados de saúde física e mental mas também a maior êxito a nível educacional e económico, quer para os pais quer para os filhos* (FORTUNATO, 2009, p. 19). Portanto, é coerente que a ruptura do casamento concorra muitas vezes para o surgimento de doenças, em especial, quando acontece com sofrimento excessivo ou brusca mudança no padrão de vida dos envolvidos.

O grupo **Complicado** mostra SFM e IO com danos graves no casamento; o primeiro separa-se uma única vez e, num gesto de desprezo para com o laço conjugal, tem várias parcerias descompromissadas que lhe geram 16 filhos; IO supera a viuvez, mas ela mesma deteriora a segunda relação, aparentemente sólida durante muitos anos; FSA, que sucumbiu existencialmente ao nascimento da filha com paralisia, denotava felicidade com o seu casamento, contudo a impressão é de que o marido não exibia o mínimo traço de dor ante o

quadro terminal da paciente, que parecia enganar-se a si mesma, inclusive no tocante ao afeto dele.

No tipo **Progressivo**, tem-se FSN, que se arrastou na relação a dois sob fortes turbulências por muitos anos até assassinar a esposa; FABO e FABS apresentam histórias conjugais semelhantes, ambos abandonados subitamente pelas respectivas esposas e a segunda experiência de ambos também claudica. Nota-se o empenho financeiro de FABS para salvar o casamento, e a companheira de FABO demonstra carinho e cuidado por ele, descrevendo: *Quando conheci ele, tinha parado [com o crack] fazia um ano. Depois caiu na vida de novo. Eu ia buscar ele. Nunca usei, nunca peguei para ver. Só usava droga quando bebia. Influência dos amigos. Sou evangélica. Levava ele para igreja. Orava muito. Até que ele saiu, graças a Deus. Fazia seis anos que não bebia mais. Nem fumava.* Nesse caso, a segunda união foi talvez a grande oportunidade de experiência resiliente na vida de FABO, mas ele não conseguiu aproveitá-la ou os danos anteriores já haviam lhe enxertado os primórdios do câncer grave, que o levariam à morte ainda em plena maturidade, aos 32 anos.

No conjunto **Estagnado**, JAM preserva o vínculo formal com a esposa durante décadas, mas as sucessivas *escapadas* certificam que o paciente não consolidou o sentimento conjugal dentro de si mesmo; MLGN padece expulsão de casa pelo marido e forma outra parilha até o dia em que o deixa, visando reencontrar os filhos; TGO vive martírio com os maridos, sendo um sádico e, o outro, abusador sexual e, além disso, o atual já está com nova companheira, pois a paciente demora-se demais, na opinião dele, no tratamento do câncer. Pode-se concluir que a soma dos acontecimentos marcantes na vida de TGO, incluindo o abandono pelos genitores, a rejeição dos pais adotivos e os dois maridos pervertidos equivale a um trauma.

Fazendo um parêntesis, vê-se que a violência contra a mulher aparece repetidas vezes no grupo de pacientes, e importa constatar seu padrão idêntico ao abuso sexual – relatado na literatura – cujo desfecho tende a intensificar sua nocividade conforme persista no tempo: *Os episódios de violência são repetitivos e progressivamente mais graves, caracterizados por situações de cronicidade e periodicidade crescente* (VIEIRA e PADOIN, 2010, p. 385).

No agrupamento **Residual**, mesmo com desafios e intermissões, a relação a dois parece proporcionar mais gratificação do que angústia e desapontamento. SSA separa-se depois de 13 anos de união, com três filhos, contra a vontade da esposa; o segundo casamento somava 21 anos e uma filha; apesar dessa história com matiz de resiliência, o paciente ainda não havia sanado o seu impulso de abandonar a atual companheira nem solucionado, no íntimo, a culpa pela ruptura e o consequente anseio de voltar com a primeira mulher. MLVS

enviuu-se, com 6 filhos, mas encarou novo casamento, o que implicou em mais 3, sendo que um morreu, e o novo companheiro não a ajudava, ocasionando-lhe arrependimento pela parceria. AOS caracteriza-se pela resiliência bem-sucedida no casamento, depois de dez anos de autêntico *luto* pela impossibilidade de ficar com o primo, e batalhou intensamente pela preservação de sua união, optando pelo divórcio devido ao caso extraconjugal do seu marido, contando com o apoio dos dois filhos.

A viuvez, efetiva ou metafórica, constitui experiência cujo significado depende do relacionamento vivido. Um estudo acerca das implicações da viuvez na saúde relata que pessoas, submetidas a dificuldades crônicas na convivência conjugal *não desenvolveram patologias associadas à perda*, ao passo outras *desenvolveram sim patologias, e que apresentaram uma reação exacerbada da perda de seu companheiro* (SILVA *et al.*, 2009, p. 34). Mais uma vez, depara-se com o reforço na hipótese de que há consequências na saúde, em função das ligações afetivas, contudo, elas dependem da qualidade do vivenciado no relacionamento.

Os integrantes do grupo **Resolvido** esbanjam sucesso no casamento, a começar por RRGB e seus 55 anos de relação a dois, com sinais evidentes, ao longo das visitas domiciliares, de parceria e cordialidade entre ele e esposa, além dela acompanhá-lo às consultas hospitalares. IVB, com 44 anos de união, escuda-se na modéstia e afirma: *dei sorte de encontrar um homem que entendeu os meus medos e traumas*. MNVM, 27 anos de casamento, encerrado com a morte súbita do marido, sintetizados na alocução: *A gente tinha relacionamento bom*, que não parecia derivar da atitude corriqueira de santificar o morto, mas por ser grata pela aquiescência dele à adoção do filho.

Depreende-se que a trajetória afetiva representa indicador fundamental no estabelecimento da prognose.

9.7 REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

Igual importância ou associabilidade parece existir entre a realização profissional e o prognóstico. Os três pacientes do grupo Complicado apresentam fracasso, frustração e ausência de oportunidade na vida, fato compatível com a evolução *desfavorável* de seus respectivos casos. No trio do conjunto Progressivo, dois pacientes manifestam êxitos temporários, seguidos de decadência total e, o terceiro, completo insucesso. No agrupamento Estagnado, surge o primeiro resultado satisfatório estável, acompanhado de duas carências

vitalícias. No grupo Residual, registram-se dois êxitos duradouros e um caso de vazio permanente. No conjunto Resolvido, o sucesso abundou, sendo dois grandes, com gratificação pessoal intensa, além de um caso regular, mas também estável.

No entanto, a realização pessoal, com raras exceções, não tem a mesma dimensão que o desempenho afetivo. Pelo menos, aos olhos do grupo investigado. Alguns pacientes aparentam certo descaso pela fragilidade de suas conquistas profissionais. Mal sobrevivem, do ponto de vista socioeconômico, mas o que conta para eles é a felicidade no terreno do afeto, centrado quase que exclusivamente no âmbito familiar. Talvez seja muito rude, mas parece ser muito mais cômodo transferir por completo a fonte do bem-estar para a relação a dois, ao invés de comprometer-se a si mesmo para alcançar êxito na vida. De qualquer modo, tudo indica que ambas compõem as duas asas que podem conduzir o homem à felicidade. Quando se tem apenas uma delas, o voo fica torto, oblíquo. A realização pessoal pode ser vista como o respeito por si mesmo, sinônimo de dignidade, e amplia o conceito de família na ótica do Direito: *...a afetividade, traduzida no respeito de cada um por si e por todos os membros da família, exalta que esta deva ser respeitada em sua dignidade e honorabilidade perante o corpo social* (COLCERNIANI, 2008, p. 225).

Mas, a constatação do relativo sucesso profissional que atravessa os Tipos Prognósticos, desde vago e insignificante no Complicado até o inteiro e consistente no Resolvido, exprime o justo valor do tópico. Sabe-se por mera observação do contexto social que pessoas dotadas de prestígio, em sua ocupação, persistem em razoável equilíbrio durante as crises afetivas, incluindo mortes, distanciamentos, separações e divórcios. Tal sujeito dispõe de firme base existencial em que se apoia, espécie de refúgio para as intempéries. Quando visitado pelas turbulências inevitáveis do afeto, embora padeça angústias e reviravoltas em sua dinâmica de vida, sobrevive sem danos graves ou irreparáveis. Além do fortalecimento íntimo, dispor desse eixo em si mesmo parece conferir-lhe mais vigor para as negociações e acordos que a relação a dois ou em equipe exigem regularmente. No polo oposto, o sujeito que prioriza excessivamente a sua dedicação ao trabalho ou cargo – fato corrente no meio artístico, político ou profissional, quando muito aclamado –, bem como aquele que se apaga devido ao prestígio ou ao glamour da carreira de seu parceiro, na maioria das vezes, padecem de uma deficiência em sua própria autoestima. Naturalmente, muitas composições saudáveis podem acontecer na eventualidade de um ou ambos terem grande projeção social, mas não é a norma. Analisando a satisfação com o trabalho como a utopia possível para o século XXI, Teixeira assevera: *As vidas pessoal e profissional estão se*

fundindo de um modo inédito. Logo, quem não busca felicidade no trabalho, não busca felicidade na vida (TEIXEIRA, 2012, p. 25).

Nesse quesito, é possível extrair do grupo Resolvido uma reflexão muito instigante. IVB declara que preferiu manter-se dentro de sua vocação: *Não ascendi mais profissionalmente porque não me interessava por gestão. Sempre fui de sala de aula. Antigo reitor diz que sou pobre porque quero. Nunca quis administrar, primeiro, por covardia, medo; segundo, porque ninguém me segura para fazer coisa errada.* Depara-se com uma postura que envolve coisas do gênero: fidelidade a si mesmo, ética, renúncia e prudência. É comum que as pessoas se percam de si próprias por não ouvir aquilo que as suas sensações ou intuições lhe advertem. A troca dos benefícios sociais ou financeiros pelo prejuízo em relação à própria consciência, geralmente, representa péssima transação. É muito provável que esse critério tenha o mesmo valor para a saúde que a solidariedade, descrita alhures.

Foi por fidelidade ao seu ideal materno que MNVM instou com o marido até convencê-lo da adoção. Tudo leva a crer que se dedicou ao filho sem desleixar-se de sua relação a dois. Amar um filho que não veio do próprio ventre revela grandeza humana. Esse afeto, que se consolida através dos anos, parece corresponder ao longo trabalho de alguém que se dedica abnegadamente ao cuidado profissional e transitório de inúmeras pessoas.

Também se pode elucubrar que RPGB, ao canalizar as suas energias para sustentar a mãe e os irmãos, não só deu vazão à solidariedade que borbulhava em seu coração, como vivenciou, em simultâneo, o brilho da renúncia. Ao investir-se da imensa responsabilidade, o jovem abdicou de muitos prazeres, diversões e vantagens pessoais. Seu êxito profissional não o impeliu à negligência afetiva para com os familiares. *Tenho um irmão que parece um pai. Esse que eu criei* [que entregou um pacote para o paciente durante a visita domiciliar do pesquisador]. *Quando dou fé, ele chega com carne aqui pra mim* [chora]. *Eu choro por causa da amizade que eles têm comigo.*

Ao encerrar o tópico, vê-se sua profunda complexidade. Ora dizem que *o homem faz-se a si mesmo* (CORREIA, 2011, p. 12), e ora apregoam que os fatores sociais condicionam o seu triunfo (p. 21), todavia, pode-se postular que a predominância de qualquer deles varia de acordo com o potencial, tanto do sujeito como do ambiente, em cada caso particular. Presume-se que a anulação ou sacrifício do próprio eu que se concretize por imposição do suposto benefício coletivo, desrespeitando a livre escolha, mutila o eu de cada cidadão.

9.8 REFLEXÕES ÚLTIMAS DA DISCUSSÃO

Na verdade, a análise e discussão começou com o texto descritivo dos grupos de três pacientes de cada Tipo Prognóstico. Os pontos comuns dos três integrantes, bem como as diferenças entre eles foram atentamente examinados. Neste capítulo avançou-se um tanto mais, na comparação de alguns fatores, mesclando pacientes de diferentes Tipos Prognósticos. Ratificou-se a premissa e rendeu formosa colheita: a história de vida constitui matéria-prima de altíssimo quilate para o exercício do prognóstico. Admite-se que com variações periféricas, preservando-se o núcleo da situação afetiva mais difícil e da principal oportunidade, o questionário se ajustará a muitas outras enfermidades.

É possível que numa etapa posterior, a averiguação de detalhes da história de vida, comuns a vários portadores de câncer, provoque o surgimento de informações novas e consistentes. Além disso, deve-se incluir o amadurecimento do pesquisador proveniente do estudo realizado. Um diálogo complementar, poucos dias depois da primeira, talvez seja bastante enriquecedora no sentido de esclarecer os itens porventura vagos. Compete realçar o aprendizado denso proporcionado pela investigação. Talvez a lição mais importante seja a necessidade de esmiuçar e, se possível, aprofundar os eventos mais marcantes da história do paciente. Não se deve contentar com o razoável nem com o óbvio. A análise deve ser executada nos dias seguintes à entrevista, com olhar crítico rigoroso, em busca de lacunas que justifiquem uma complementação.

Por outro lado, adote-se igualmente a norma de que, às vezes, um só encontro com o paciente – sondando toda a sua trajetória de vida –, representa um experimento impactante para ele, desacostumado a dialogar sobre si mesmo. Ainda mais quando se está sob tratamento de câncer ou esteve em anos pregressos. Mesmo já tendo superado o duro embate, o indivíduo conhece a angústia dessas horas na própria pele. Convém igualmente lidar com grande tato, evitando constranger a narrativa, exceto se bem acolhido pelo enfermo.

A maioria dos entrevistados denunciou, no próprio semblante, grata satisfação pela reflexão tranquila sobre os percalços da jornada desde a infância. A rememoração dos episódios adversos e das ocasiões favoráveis, entremeados com vários fatos menores, parece-lhe uma chance de passar a limpo a si mesmo, descobrindo suas próprias e fundadas razões para todos os sentimentos e atitudes, inclusive aqueles que não eram recomendáveis ou sensatos. Mas, hoje, com a maturidade que a doença lhe propiciou, o paciente mira-se com surpreendente tolerância. Até mesmo a culpa perde um tanto de sua causticidade. Geralmente, o enfermo não quer a morte. Adaptou-se às limitações da doença e aspira

manter-se vivo. O corpo é o seu refúgio derradeiro. Apega-se aos destroços de seu organismo, movido talvez pelas lembranças que povoam o cérebro e repercutem como acordes de saudade em seu coração. Daria tudo para voltar a ser ele mesmo de novo. Conceder-lhe atenção e interesse suaviza-lhe as feridas, ao molde de brando cicatrizante.

É possível que a percepção do inelutável sofrimento de alguns pacientes tenha manietado o pesquisador, cerceando-lhe a iniciativa de revirar as experiências dolorosas além do tanto já exposto. Aflui à memória, com extrema nitidez, um quase medo de abordar o marido de FSA e constatar que ele, de fato, estava feliz enquanto a esposa apodrecia em meio a tantas metástases. Vê-lo tão bem vestido, um pouco garboso, com o olhar brilhante, dava um receio imenso de confirmar que ele já pautava sua afetividade em outra relação e permanecia ao lado da paciente por mero dever ou piedade. O examinador recusou-se à tentativa de ouvi-lo. Conjeturava consigo mesmo se presenciaria um discurso hipócrita de compartilhamento da aflição da companheira ou a assunção desassombrada de que já a havia substituído em seus vínculos afetivos.

Acomodou-se, portanto, às suas impressões pessoais eivadas de preconceito, mas também por cuidado. Era como se ratificar tais suposições representassem um desrespeito, uma espécie de traição, em síntese, um incremento na dor inaudita, que suplantara, desde a meninice, a capacidade daquela mulher em processá-la. Em seu anseio mudo de confortar a paciente, o investigador preferiu desobrigar o marido de qualquer contato. Chegava perto de acreditar que a sua escolha defendera a paciente de seu último padecimento desnecessário. Imaginava que as paredes do Hospital não conteriam as palavras do elegante marido, e FSA captaria a noção de que ele contava as horas para ver-se livre. Finalmente, recordou-se de que, se convém ao profissional deixar que determinados doentes morram em paz, sem lhes introduzir cateteres e sondas torturantes e inúteis – cujo único préstimo é prolongar-lhes a agonia –, igualmente se faz obrigatório acatar-lhes a decisão de morrer, cultivando as ilusões que teimaram em remanescer no próprio peito.

10. RESPOSTA AO TEMPO E A ORDEM SOBRE A HOMEOPATIA

Caro Ricardo Lafetá Novaes,

Há muitos dias eu planejo te escrever algumas linhas sobre a tua tese *O Tempo e a Ordem: sobre a homeopatia* (NOVAES, R. L., 1989), que me empolgou completamente. Tentei avistar-me contigo pessoalmente, para contar-te minha satisfação com os teus apontamentos e críticas, entretanto, soube que tu já transpuseras em definitivo os umbrais do Além. Acredito que o meio homeopático te deve sincero agradecimento pela tua excelente contribuição e uma resposta, os quais me disponho a fazê-los agora, ainda que me reconheça muito aquém de teus soberbos dotes culturais. Assim, peço-lhe relevar as minhas evidentes limitações. Move-me o anseio de manter acesa a chama do debate, tão caro à ciência. Apoio-me nos trinta e cinco anos de vivência homeopática, com a riqueza e a liberdade, limitações e desafios que tal experiência me enseja.

De par com isso, e não menos importante, meu fascínio pela figura do Cristo, cujo estudo tem me proporcionado reflexões muito interessantes a respeito de saúde e doença. Analisando meticulosamente alguns casos de cura do Evangelho, poucos anos depois de começar minha prática profissional, cheguei a entabular uma tipologia de três espécimes, quanto ao grau de abrangência do fenômeno saúde-doença, tanto do paciente como do terapeuta. O ensaio foi-me tão enriquecedor que concluí o prefácio dizendo possuir *a convicção de ter realizado um solitário curso de pós-graduação* (VIEIRA, 1992, p. 11). Ali se encontram os primórdios do argumento sobre a conexão entre a história de vida e o prognóstico do indivíduo. Essas impressões adquiriram maior densidade, vinte anos depois, na obra em torno da homeopatia, estabelecendo a primeira fase da sistematização, que se consolidaria na presente tarefa, inclinando o foco sobre o passado a fim de alicerçar o prognóstico:

...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 pregressos representa o fator mais importante para se definir a probabilidade de recuperação (VIEIRA, 2013).

Tua constante referência, Lafetá, acerca da história da medicina auxilia a perceber outro aspecto muito interessante da atuação predominante na Saúde Pública: apesar de extensa na superfície, ela permanece confinada à doença. *É que para cada ‘espécie morbosa’*

pode-se identificar sintomas peculiares e constantes, outros acidentais e ainda aqueles relacionados às condições ambientais e às variações sazonais (NOVAES, 1989, p. 55). A imensa contribuição da nosografia à ciência médica acabou por enclausurá-la no estreitíssimo cárcere da fisiopatologia. Assim, a intervenção preventiva, curativa ou paliativa destinada à população em geral ou a grupos específicos padece constante mutilação, suprimindo o sujeito. Mesmo as recomendações a respeito da *qualidade de vida*, que se difundem em larga escala, a exemplo da atividade física, hoje autêntica panaceia para distúrbios de todas as procedências e localizações orgânicas, assemelha-se à larga prescrição de algumas substâncias – tipo o mercúrio –, durante o período medieval.

O paciente, com a riqueza humana e a sua história pessoal, é o grande esquecido da medicina, incluindo a psiquiatria e, aparentemente, a saúde pública. As iniciativas são elaboradas, quase sempre, com foco nos *sintomas mais comuns* que compõem determinado conjunto, intitulado como alguma *doença*. Acreditou-se que a *medicina de família e comunidade* traria a redenção, já que expande o entendimento *da doença* para o âmbito familiar e/ou comunitário. Mas, qual! Discutidas com o enfermo os possíveis desencadeantes ambientais ou domésticos de sua afecção, segue-se a terapêutica, resumida às drogas químicas, segundo o clássico estilo da medicina convencional (VIEIRA, 2013, p. 33). Desse modo, o crescimento ficou fora de prumo. O progresso conceitual regrediu e apequenou-se na prática.

Tudo indica que tamanho engano passaria despercebido, caso não houvesse nenhuma atividade terapêutica, a exemplo da homeopatia, em meio a outras, voltada para o tratamento do homem ao invés da doença. Acredita-se que uma das causas da resistência *xenofóbica* à intervenção homeopática advenha desse olhar crítico, graças ao seu enfoque ampliado. Daí porque todo o avanço pautado na anatomia patológica conduziu à vã procura de resultados mais dignos de tanta suposta ciência.

Olhando a vida por dentro da morte, a anatomia patológica permite a visão do campo que vai da doença àquele final. É a possibilidade aberta de surpreender os desvios durante o seu acontecer e não somente enquanto um produto, desde que agora é a sede da doença que tem o privilégio explicativo, que é o centro e o início do acontecer (NOVAES, 1989, p. 58).

Houvesse a ciência se deparado com a *sede da doença* e o *privilégio explicativo* e, muito provavelmente, a saúde da humanidade teria dado um salto espetacular. Lamento aquiescer, porém a doença campeia a torto e a direito. A saúde, em sua travestida feição de produto comercial, revela-se cada dia mais absurdamente onerosa, cada vez mais

freneticamente especializada. A enfermidade parece um elemento satânico a debochar da indigente condição dos discípulos de Hipócrates.

O tratamento unicamente sintomático tem primazia no exercício cotidiano da maioria dos profissionais. Sintomas isolados e enfermidades discretas lotam os ambulatórios clamando alívio que, no entanto, atenuará o quadro por somente dias ou semanas. A cirurgia, jactando-se de ser resolutiva, não acompanha a evolução dos pacientes a longo prazo. Fizesse isso com rigor e método e constataria a existência de indícios que alguns deles evoluem para doença mais grave depois da intervenção operatória (ANSELMO-LIMA, SAKANO, p. 510, 2015).

O ser humano, e não a doença; a vida, e não a anatomia patológica deveriam nortear o profissional de saúde. Por isso, Lafetá, elaborou-se a pesquisa que viste nas páginas anteriores. Remontei às possíveis origens da enfermidade. Não descarto a chance de que seja viável atingir conclusões prognósticas pela análise da doença, conforme analisado no capítulo *Fronteiras do Prognóstico na Medicina Contemporânea*. Não somente da peça anatômica, extraída do paciente ou do cadáver, nem apenas dos dados bioquímicos ou genéticos que são aguardados como legitimação derradeira da medicina na versão tecnológica. Mas inclua-se a história de vida do sujeito ao somatório de informações, que vão desde o diagnóstico – com seus inerentes dados epidemiológicos –, ao estado geral do paciente, à sua história clínica pregressa e, por último, os exames subsidiários a fim de se chegar a uma prognose cada vez mais robusta e válida.

Entretanto, no bojo reducionista, o prognóstico circunscrito à enfermidade parece contribuir escassamente para a prevenção de novos casos. A Patologia conserva-se na linha básica da ignorância no tocante à prevenção das moléstias, em geral, por não relacionar a doença, hoje incrustada nos órgãos, com a trajetória existencial do sujeito, sobretudo os traços e marcas psicoafetivos. Detecta fatores externos, portanto, vagos e indiretos. Ela se lançou na vertente da morte em função da valorização da anatomia patológica e, consequentemente, morreu também, sem se dar conta. O trabalho de renascimento ou ressurreição parece-lhe assustador. Acredita que tudo se resume, em grande parte, à origem casual da doença, algo desvinculado das vivências do paciente. *Carpe diem*. Estribilha, soturnamente: aproveite o momento, usufrua todas as oportunidades de prazer, sem se preocupar com o amanhã. Quando muito, a medicina recomenda que se evite determinado fator ou conduta, quando, notoriamente, põe o sujeito em risco de alguma doença. Estaciona muito distante da reflexão acerca do que seja, profundamente, um verdadeiro fator de risco. Costa ilumina o tema, ao asseverar: *a decisão ética é sempre uma decisão de risco. Jamais*

poderemos ter absoluta certeza de que conhecemos o ser humano a ponto de julgar o que é melhor para nós mesmos e para o outro com a isenção de quem aplica uma lei infalível (COSTA, 2012, p. 13).

Tomo o exemplo do uso de preservativos. Elemento indispensável para muitas situações devido à quantidade de doenças sexuais transmissíveis. Muita gente não percebe tratar-se de proteção estritamente superficial. Convém refletir, entretanto, sobre o sentimento e a consciência com que se vive a própria sexualidade e as suas possíveis implicações na saúde. Assim, há que se ter cautela ainda maior quando envolver situações extremas: celibato obrigatório e atividade sexual compulsiva. É preciso se ter claro que a prevenção desses males começa muito tempo antes de sua eclosão.

Analizando o papel da medicina, exposta a tantos elogios e reverências, senões e críticas, constataremos que em meio a virtudes, ela estampa notórias limitações:

...a introdução dos conceitos de saúde – ‘que possibilitaria a compreensão da história de vida do homem entendida como um processo’- e ecologia – ‘já que tanto a doença como a saúde se dão em um conjunto de relações estabelecidas com o ambiente no qual se acha incluído o social’ (AROUCA²¹). Consequentemente, faz-se necessário considerar as limitações da medicina e a necessidade de se trabalhar com outras especialidades (ALMEIDA, p. 16, 2009)

Contudo, efetuando algumas rápidas comparações, vê-se que, de fato, das clássicas profissões da humanidade, a medicina é talvez a que mais se empenha pela criação de serviços capazes de suprir a necessidade da população. Destaque-se a imunização maciça, as intervenções cirúrgicas coletivas, a educação sanitária preventiva de doenças infecciosas e/ou transmissíveis e, acima de tudo, os pronto-atendimentos. Esses últimos, em particular, representam notável esforço de atender as necessidades irrestritas do povo.

Enquanto as instâncias judiciárias limitam-se a dar vazão às demandas, conforme suas possibilidades, o que pode exigir vários anos de espera por parte dos litigantes, restringem-se as soluções rápidas às pequenas causas e, assim mesmo, sob agendamento. É impensável que alguém se dirija a qualquer setor jurídico como a um pronto-socorro. Inexiste tal núcleo voltado para a solução imediata de um conflito. Olhando a atividade militar, percebe-se idêntico padrão. O Brasil encontra-se adoecido socialmente, com mortalidade altíssima em função de homicídios, e a violência predomina na periferia de grande parte das cidades. Entretanto, a maioria dos componentes das forças militares não podem atuar no caos social

²¹ AROUCA, A. S. S. **O Dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003.

porque foi treinada para o combate com estrangeiros. Além do profissional da saúde, das leis e da segurança, só falta o sacerdote para que se complete os quatro ofícios, considerados os mais ancestrais da humanidade. A atividade religiosa, com raras exceções, persiste parasitando a sociedade, exceto quando se dedica à incursão na área da saúde e da educação.

Portanto, urge o estabelecimento de nova postura na mentalidade dos trabalhadores das mais distintas áreas. Não é a população que deve se ajustar à escassez de serviços e/ou de profissionais, e sim há que se desenvolver a criatividade no sentido de atender à enorme carência popular. Imagine-se o contrassenso, caso uma pessoa acidentada tivesse que aguardar vaga na disponibilidade do pronto-socorro, prevista para a semana seguinte. Nesse aspecto, as profissões voltadas para a saúde – lideradas pela medicina –, demonstram avançada lucidez quanto aos deveres sociais. Dentro de sua acanhada concepção de saúde e enfermidade, denunciada acima, o médico tornou-se consciente da prioridade do cuidado coletivo em detrimento das vantagens e comodidades da profissão.

Embrenhando-me, finalmente, em nosso tema principal, Lafetá, seleciono dois itens caros à filosofia homeopática, herdadas, naturalmente, da grega: *physis harmonica* e *viz medicatrix naturae*.

Conforme tuas palavras, *physis* quer dizer: ...o processo pelo qual a totalidade se organiza, se desenvolve e se mantém (NOVAES, 1989, p. 30). E *viz medicatrix* significa: ...força natural de cura no corpo humano, de uma força que tende a restabelecer o equilíbrio perdido (idem, pag. 31). À guisa de ilustração da necessidade de ampliar e, às vezes, subjetivar o concreto e suas variações, Botazzo comenta a relação entre a boca e alguns de seus respectivos significados:

A boca, todavia, é ainda o campo onde outros saberes se cruzam. Lugar não só de doenças, cujo significado pode ser traduzido como perda e sofrimento, mas também de paixão, essa desvinculação pode conter outros significados e permite outras leituras, inclusive uma psicanalítica (BOTAZZO, 2013, p. 61).

Observe a prudência ao afirmar que a boca *pode ser* e também *pode conter*. Tal modo de exprimir indica que nem sempre nem obrigatoriamente a boca enuncia ou representa esses significados. Existem outras vinculações, adverte o autor, *inclusive uma psicanalítica*. Daí cabe associar com *physis* e *viz medicatrix*, como funções que *podem existir* em determinados pacientes. Não convém presumir a existência invariável desses princípios no organismo. Não constituem engrenagens ou recursos de presença compulsória, cuja manifestação aconteça à

revelia do próprio sujeito. Se parecer estranho, importa lembrar que nem todas as pessoas usufruem de um organismo completo e não é raro que, mesmo possuindo-o, alguma estrutura orgânica pode claudicar ou inutilizar-se por inteiro, ocasionando às vezes incompatibilidade com a vida.

Talvez o mecanismo físico que mais se preste à ilustração de tal afirmativa seja o processo imunitário. A rigor, pode-se afirmar que todos os indivíduos nascem com suas reservas imunológicas insuficientes, visto que a natureza promove a transmissão de anticorpos pela via transplacentária. Esgotada a imunidade herdada no útero, que entra em declínio a partir do sétimo mês de idade, a criança começa a desenvolver as suas próprias defesas. *Com relação às infecções, estas costumam incidir geralmente após o 7º mês de vida, devido à perda da proteção inicial decorrente dos anticorpos maternos recebidos durante o último trimestre da gestação* (COLLANIERI, SOARES e DE MORAES VASCONCELOS, 2009, p. 70). Vida afora, haverá sempre combate a agentes externos potencialmente lesivos ao organismo. Contudo, nem todos os sujeitos são bem-sucedidos. O fracasso pode ser transitório e cessado o curso da doença adquire-se imunidade. Também ocorre, em relação a poucos microrganismos – a exemplo do vírus da caxumba –, que o sistema não firma o registro na memória, persistindo vulnerável à reinfecção (VIEIRA, 2013, p. 50). Pior ainda ocorre quando o bloqueio imunológico falha e o paciente evolui para enfermidade grave e crônica ou rápida e aguda, ambas com risco de evoluir para o óbito.

Deduz-se que dispor de estrutura completa não significa funcionamento pleno e satisfatório da mesma. Transpondo a reflexão para os conceitos de *physis* e *viz medicatrix*, pode-se inferir que eles existem, mas não de modo universal como, aparentemente, a filosofia grega considerou e, por derivação, a homeopatia enalteceu. Aliás se eles fossem suficientes e absolutos, seria admissível declarar que nenhuma perturbação duraria o bastante para impingir danos estáveis ou irreversíveis, graças por um lado ao princípio em que a *totalidade se organiza* e, pelo outro, à *força natural de cura no corpo humano*. Considerando-os, porém, nos limites da relatividade individual, é possível contemplar-lhes a abundante ocorrência. A homeopatia talvez tenha exaltado ainda mais esses recursos e, por assinalá-los com inusitada frequência, atribuiu-lhes generalização ilimitada.

Por conseguinte, julgo que o estudo em torno do Prognóstico reforça a hipótese de que certos indivíduos desenvolvem habilidades psicológicas equivalentes e, talvez, predecessoras da auto-organização (*physis*) e à “autorrestauração” ou cura (*viz medicatrix*) que afloram no orgânico. Considero razoável aduzir um pensamento de Canguilhem sobre o assunto:

A natureza (physis), tanto no homem como fora dele, é harmonia e equilíbrio. A perturbação desse equilíbrio, dessa harmonia, é a doença. Nesse caso, a doença não está em alguma parte do homem. Está em todo o homem e é toda dele. As circunstâncias externas são ocasiões, e não causas (CANGUILHEM, 2009, p.12).

A visão da saúde e doença definida pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como resultante das condições sociais, carece de ser acoplada com sua metade antagônica e complementar: a impalpável essência do homem. Se a primeira é evidente e pode ser mensurada em seus múltiplos fatores – *alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde* (BRASIL, 1986, p. 4), a contraparte interna do sujeito que vive, ama, sofre e se realiza nesse vertiginoso ambiente, requer instrumentos mais sensíveis para detectar as emoções, sentimentos e percepções que, por sua vez, também contribuem para a higidez e a enfermidade. Há que se atentar para a inseparabilidade dos elementos sociais, biológicos e psíquicos, os quais deveriam ser entendidos como um nexo nocional, de tipo teórico e prático, um nexo humano.

No paralelo empreendido durante a pesquisa entre a história de vida e o câncer, tu observaste que a gravidade da doença e a sua evolução comportam vínculos relevantes com o percurso existencial. Foi possível detectar conexão entre os danos que o sujeito fez em si mesmo e à sua vida com a seriedade da doença. Sondada a trajetória psicoafetiva do doente, transparecem com nitidez as adversidades proeminentes, as fases de conflito, as relações frustrantes, e todo o séquito de sentimentos duradouros e/ou intensos que acusam o mal-estar consigo mesmo, com os entes queridos e com sua vida. Entretanto, a grande maioria sequer conjectura que tais sensações correspondem a espécie de envenenamento, do qual impende se desvencilhar com vigor.

Fosse uma intoxicação alimentar, o indivíduo apressar-se-ia na busca de socorro e tratamento. Acontecendo na esfera psicológica, ele perambula pelos templos religiosos, onde se depara com receita única, bem ao estilo *panaceia*, pautada num modelo genérico de aplicação coletiva. Assim, raramente traz o processo para si mesmo, na profundidade necessária. A manutenção do desconforto íntimo, mesmo quando atenuado, aumenta a chance de que a polaridade orgânica se patenteie posteriormente. Havendo elaboração e consequente retorno a um estado psíquico saudável, culminando no ajuste do indivíduo consigo próprio e com a sua vida, o morbo tende a ser eliminado no corpo através de exoneração análoga. Livra-se da tristeza patológica, da autoacusação excessiva, do

ressentimento descontrolado, enfim, de qualquer perturbação que impede a paz interior e o bom ânimo, componentes imprescindíveis à realização pessoal e à felicidade relativa.

Conjecturo, com o devido cuidado, que o fenômeno psíquico tende a se reproduzir, mais cedo ou mais tarde, na dimensão física. Quem reagiu e se recompôs, apresentará uma doença, provavelmente de natureza aguda, cujos sinais e sintomas, duração e intensidade, equivalerão ao quadro vivenciado. Nesse caso, surgirão os mecanismos imunológicos e/ou exonerativos que revelam a presença de uma *physis* robusta e dinâmica. Aquele que armazena o incômodo e suas consequências no seu próprio âmago, inclina-se para a manifestação de enfermidade crônica e, nesse caso, a tipologia dos cinco Tipos Prognósticos representa um instrumento de investigação quanto às variações evolutivas, desde a cura à cronificação duradoura e ao óbito. Tudo depende do apreço e significado atribuídos não só às experiências existenciais adversas, bem como às compensações gratificantes, nas quais o amor ou a doação a alguma causa ou ideal enriqueceram-lhe o coração. Há sempre que sopesar a influência de fatores ambientais na gênese de qualquer doença, mas enxameiam os pesquisadores dedicados a tal finalidade.

Caso rejeites a tese da precedência psíquica numa imensidade de doenças, de qualquer forma persiste a ostensiva constatação de que a *viz medicatrix*, embora existente, não é igual para todos. A concepção descrita acima parece-me encaixar-se em tua tese, salvo engano, nos seguintes termos:

O homem, não mais servo subjugado, mas um cidadão detentor de todos os direitos igualitários; não mais coagido por uma lei de força ou pela submissão ao divino no trabalho, mas força livre necessária ao um novo tipo de produção, passa a ser portador de um novo e positivo valor social. Sujeito-organismo, deve expressar as doenças como um processo, que se desenvolve na sua própria interioridade, processo este que só pode apreendido se dele houver a máxima aproximação (NOVAES, 1989, p. 64) (grifo nosso).

Há que se desconfiar, portanto, que o celebrado progresso científico-tecnológico, posterior ao entendimento do *sujeito-organismo livre*, compreenda apenas um avanço reducionista do conhecimento sobre saúde e doença. A pulverização do corpo em especialidades e a submissão renitente à doença e, pior, promovendo a dicotomia entre psiquismo e orgânico não pode nem deve ser glamourizado como desenvolvimento da ciência. Ao contrário, o estádio que brota em seguida ao momento histórico que tão bem definiste acima, presta-se muito ao serviço das máquinas e, conseqüentemente, automatiza o profissional de saúde, convertido em mero operador de instrumentos e protocolos.

Caberiam muitos paralelos entre a prática médica despersonalizada e diversos elementos da civilização contemporânea. Desmedida quantidade de autores apontam o clamoroso desvio em críticas contundentes. *Muitas vezes a desumanização dos hospitais e dos serviços de saúde é resultante da despersonalização dos pacientes que se tornam um número, uma patologia, um órgão, entre outros, dissociados do todo, do seu ser humano com histórias e vidas repletas de experiências* (PINOCHET e GALVÃO, 2010, p. 502). No entanto, acredito que seria mais proveitoso meditar acerca de aspectos sociais que também alardeiam objeções veementes por parte de distintos segmentos.

A prioridade dos interesses comerciais no fenômeno conhecido como *globalização* tem sido contestada em diversos países e, em contrapartida, os governos executam perseguição cruel aos opositores, desrespeitando direitos de cidadania universais, mesmo em países ditos de primeiro mundo. A indústria se tornou, talvez, um dos mais eficazes meios de inserção social, consolidando-se no mundo inteiro. Contudo, os direitos trabalhistas ainda são espezinhados e os operários que movimentam as engrenagens, altamente lucrativas das empresas, continuam igualmente reduzidos a meros componentes da produção. De forma geral, quase todas as vangloriadas conquistas da humanidade incidem em semelhante deturpação: propagandeiam-nas como maravilhas modernas, todavia o acesso a elas exclui, de saída, um percentual imenso da população.

Assim, devagar, como quem se liberta de pertinaz delírio, a escassa parcela pensante do orbe admite que o carro popular, admirável produto do início do século XX, não merece a distinção obtida, já que polui as cidades e só contempla pequena fração dos necessitados de deslocamento diário. Numa reviravolta impressionante, os moradores das metrópoles demandam com urgência por melhores condições de transporte coletivo, de baixo custo. Começa-se a ouvir os primeiros clamores de que o Estado deve suprir a população desses serviços de modo satisfatório e gratuito ou, pelo menos, subsidiado.

Imagina, Lafetá, como reagiria hoje Henry Ford, notabilizado pelo sucesso da indústria automobilística, ao perceber os inconvenientes mundiais de seus engenhos! Por muito menos, reza a lenda, Santos Dumont teria se suicidado. Naturalmente, que muitas conquistas vieram com longo prazo de validade, ainda que exijam fundas reformulações. A televisão, é bem provável que se enquadre nesse horizonte. Como pode algo com tanto potencial educativo, ser utilizado visando abusivamente os lucros, com programação de execrável qualidade?! A computação e a telefonia, por enquanto, não apresentaram nenhum prejuízo alarmante.

Examinando a paralisia do movimento homeopático, demorando-se em conceitos obscurantistas e descartados pela ciência, deparei-me com a supervalorização da figura de Samuel Hahnemann. Não há dúvida que se trata de um legítimo herói da medicina, ainda não reconhecido na justa dimensão. Contudo, entronizá-lo na cátedra perene da homeopatia, transformando suas afirmações em ecos de imutável saber, constitui desserviço à própria causa. Muitos homeopatas, inadvertidamente, transmitem aos pacientes e ao meio um ranço de religiosidade, tributando a Hahnemann uma aura de superioridade, inspiração e sabedoria, a quem só cumpre seguir e louvar.

Tu assinalaste, Lafetá, que *a homeopatia, assim, já nasce sob o signo da discórdia e das disputas internas* (NOVAES, 1989, p. 160). Digo-te, bendita discórdia que, infelizmente, em algumas ocasiões excedeu-se além do mero debate científico, gerando talvez ressentimentos. Depois dessa fase inicial muito produtiva, ocorreu apaziguamento superficial, espécie de acordo tácito em que as proposições de Hahnemann encerravam a verdade última sobre os fenômenos homeopáticos. Houve a inversão, ao meu ver, na ênfase para o sujeito ao invés de sua obra. Para não buscar nenhum similar complexo ou distante, pergunto-te se não é exatamente o que se fez com Jesus Cristo e outros iluminados vultos da humanidade. Diversos motivos conduzem a tal anomalia, porém, o desfecho é quase sempre o mesmo: não se questionam nem se debatem os seus conceitos, com raras exceções. Coloca-se todo o empenho na sacralização da incontestável genialidade de Hahnemann, abstendo de discutir-lhe as ideias de maneira frontal, por conseguinte, de fazer progredir a ciência homeopática.

Parte-se do princípio, até prova em contrário bastante lógico, de que ele desvendou uma nova modalidade de atuar na medicina, com numerosas implicações no conhecimento da substância medicamentosa, bem como da dinâmica da saúde. Nem o mais visionário pesquisador supunha que, ao final do século XX, as teorias acerca dos sistemas e complexidades projetar-se-iam na dianteira dos debates científicos, acusando de retrógrados os fundamentos tradicionais, como viste no capítulo *Adão e Eva no Paraíso Científico*.

Seria muito pedante de minha parte, esmiuçar os tópicos que criticaste na teoria homeopática e descrever, de novo, as análises e digressões que efetuei na obra *Homeopatia e Saúde: do reducionismo ao sistêmico*, e que concordam com grande parte de tuas observações. No entanto, gostaria de citar alguns itens que considero mais importantes, recordando o prefácio do livro citado:

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 (VIEIRA, 2013, p. 14).

Enfim, existem evidências de sobra para excluir a tese hahnemaniana acerca da lei dos semelhantes e contrários, sendo a primeira decorrente do suposto efeito primário da substância sobre o organismo. Assim, o medicamento promoveria uma ação no corpo e este reagiria – efeito secundário – granjeando a cura. Também se pode colocar a importância da diluição em segundo plano, desde que se conheçam os efeitos peculiares da substância. A diferença entre a administração homeopática e a bioquímica de um medicamento reduz a praticamente um quesito: a primeira baseia-se na visão global e histórica do paciente e na ciência dos efeitos terapêuticos do medicamento no sujeito como um todo. A diluição torna-se uma alternativa e não uma exigência no quefazer homeopático. O medicamento adequado, mesmo em apresentação ponderal, atua igualmente de forma global no enfermo e, paradoxalmente, permite o seu emprego em dose única (VIEIRA, 2013, p. 188 e 283).

A respeito desse tema, o homeopata inglês Dudgeon, que se destacou por realizar elogiada tradução da obra hahnemaniana do alemão para o inglês e revelou-se talvez o mais lúcido crítico do descobridor da homeopatia em todos os tempos, assevera:

...Hahnemann, na fase posterior, abandonou completamente a noção de ação primária e secundária, mas não se sentiu à vontade como para se desdizer das noções que havia expressado dogmaticamente, assim que o fez de modo virtual, alegando que, nas suas experimentações, só um tipo de ação era observado. É muito evidente que a distinção entre ações primárias e secundárias que, no início, Hahnemann havia enxergado como sendo muito importante, mais tarde foi negligenciada. Podemos, portanto, concluir que a doutrina das ações primárias e secundárias das drogas não é um ponto cardinal no sistema de Hahnemann e, por isso, podemos criticá-la livremente, sem medo de incorrer na censura dos automeados paladinos do hahnemannismo puro (DUDGEON, R. E., 2011, p. 192).

Faltou, nessa análise, incluir a malfadada noção de *energia vital* que, inda agora, perturba o raciocínio de muitos homeopatas. Alçada a vice-regente da alma, por Kent (2002), assombra a racionalidade, como entidade autônoma. Reitero nesse diálogo contigo, Lafetá, que a homeopatia fez da *energia vital* desconcerto análogo ao que a medicina convencional empreendeu com a doença. Concederam a ambas existência por si só, como se lhes fosse possível ocorrer e intervir à revelia do homem. Se no meio médico, a análise da doença prescinde do ser humano que a concretiza em si mesmo, a homeopatia substituiu tal visão engenhosa e escapista por meio dessa *energia* (VIEIRA, 2013, p. 196).

Mas, devo dizer-te com sinceridade, Lafetá, que embora persista pulsando em mim a mesma paixão dos primeiros dias pela faina homeopática, eu também me interessei vivamente pela dinâmica existencial do ser humano e sua repercussão na saúde, independente da terapêutica escolhida para a restauração da higidez, pensando que

...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 (VIEIRA, 2013, p. 14).

A convicção de que o ser humano descreve trajetória pessoal, única e inconfundível, levou-me a concentrar o foco de investigação no paciente, deixando a doença e a terapêutica em plano secundário. Por isso, Lafetá, encontramos aqui não tanto no espaço destinado a debulhar os conceitos homeopáticos e, sim, especialmente na busca de eventual possibilidade de entalhar um prognóstico confiável a partir da história de vida do paciente. Mas para não tangenciar exageradamente a discussão em torno da homeopatia, devo especificar alguns tópicos...

Relatas o trabalho de Hahnemann com a matéria médica de Cullen, fato decantado como fundamental na origem das teses levantadas pelo descobridor da homeopatia. Extraio, assim, citação relativamente curta – em proporção ao farto material que disponibilizas –, em que comentas a opinião de Dagognet²² a respeito de Cullen e, depois, adicionas uma citação do primeiro:

*O princípio essencial é o da ação antagônica dos medicamentos: o ópio, sedativo e calmante, tem também uma ação estimulante; o álcool excita e acalma. À lei dos efeitos duplos e contrários adiciona a observação do efeito do hábito no determinismo curativo. Matéria medicamentosa e organismo aparecem assim como elementos de um jogo, que escapa a um determinismo prévio. **'Cullen revela esta dialética material, este debater ou esta oposição biológica entre um medicamento e o doente, que não podem encontrar-se, um ao outro, por assim dizer, sem se renovar ou se transformar: a medicação não é só a introdução de uma substância, ela é também uma revolução interior'** (DAGOGNET apud NOVAES, 1989, p. 121) (grifo nosso).*

²² DAGOGNET, F. *La Raison et les Remedies*. Paris, Presses Universitaires de France, 1964.

É interessante como Hahnemann aceitou o comentário de Cullen, a respeito da dialética entre os efeitos da substância e a consequente reação do organismo, denominando-os de efeito primário e secundário, respectivamente. Mas, depois de certo tempo, passou a incluí-los na matéria médica sob o rótulo de efeitos *alternantes*, como explicitou Dudgeon em citação anterior. Embora os efeitos, em muitos casos, sigam-se um após o outro, o fato mais singular é que eles são antagônicos, tanto no físico como no emocional. Como dito acima, *o ópio, sedativo e calmante, tem também uma ação estimulante; o álcool excita e acalma*. Sempre que os participantes de uma experimentação homeopática revelam os efeitos de alguma substância em maior número e, em especial, se parte deles é de natureza peculiar, costuma ser viável a distribuição deles em duas polaridades dialéticas (VIEIRA, 2013, p. 88).

Incorporar tal evidência acarretaria ter um conjunto uno de efeitos opostos, o que corroeria a sua doutrina da existência de dois princípios terapêuticos: o da ação pelos semelhantes e o pelos contrários. Alguém há de indagar porquê afirmo que ele já albergava a crença nessa dicotomia. *O Tempo e a Ordem...* nos aporta com precioso material: recuando um pouco mais no tempo, surge, quiçá, o esclarecimento sobre o ponto de partida dos desvios. Consta uma informação a respeito da publicação, em 1784, de um texto de autoria de Hahnemann, intitulado *Instruções para os Cirurgiões sobre Doenças Venéreas*, com quase 300 páginas (HAEHL²³, 2003, *apud* NOVAES, 1989, p. 118), lembrando que Haehl é tido como o melhor biógrafo do descobridor da homeopatia.

Sem desmerecer os teus comentários, Lafetá, acerca da estranheza a respeito de *um médico afastado das lides clínicas, oferecer instruções a cirurgiões...* (idem), fiquei perplexo ao verificar um fato muito significativo para a história da homeopatia: seis anos antes de sua primeira experimentação pessoal (1790), por meio de ingestão da quina, ele já apregoava dois conceitos, erguidos depois a princípios básicos da novíssima medicina: a suavidade da dose e cura pelo semelhante. *...Hahnemann pensa o efeito terapêutico como decorrência de uma contrairritação, de uma febre mercurial produzida de modo artificial e que levaria à cura da sífilis* (idem, pag. 119, tradução nossa).

²³ HAEHL, R. **Samuel Hahnemann: His Life and Work; Based on Recently Discovered State Papers, Document, Letters, Sick Reports, and Utilising the Whole of the Home and Foreign Literature**. B. Jain Publishers, 2003. ISBN 817021694X. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=wF2vI2ch9a4C&oi=fnd&pg=PA1&dq=SAMUEL+HAHNEMANN+HIS+LIFE+AND+WORK+richard+haehl&ots=pCle6U5DRV&sig=zudFJkQO7DIoIVoletM9XmtgJCc#v=onepage&q=SAMUEL%20HAHNEMANN%20HIS%20LIFE%20AND%20WORK%20richard%20haehl&f=false>. Acesso em 06.out.16

Ora, impressão generalizada na literatura homeopática preceitua que Samuel Hahnemann construiu o edifício teórico da arte de curar em função de suas observações experimentais. Diante desse texto, vê-se que foi o inverso. Ele inseriu as suas crenças pessoais no arcabouço da ciência em gestação. Não haveria problema, caso as investigações levadas a cabo confirmassem suas hipóteses. Distingue-se, porém, que ele valorizou a alternância entre os efeitos da substância versus organismo, desconsiderando as evidências do antagonismo simultâneo entre tais efeitos, bem como dotou a diluição de portadora exclusiva da ação terapêutica pelos semelhantes, supostamente sublime, enquanto imputava, ao emprego baseado nos contrários, aplicação medicamentosa espúria e lesiva, por si só. Promoveu, pois, uma ruptura às avessas, contaminada desde o início por esse entendimento fundamentalista.

O homeopata primigênio julga verdadeira a sua interpretação como se baseada na experiência, desaperebido de que se tratava de uma opinião pessoal. Desde então, os homeopatas lidam com uma teoria canhestra, divorciada de uma prática generosa, promotora de resultados clínicos abrangentes – no homem como um todo – e gratificantes, por auferir respostas estáveis. Mas, urge promover o avanço da homeopatia. Glorificar Hahnemann pelo salto gigantesco que realizou não pode resumir todo o trabalho do homeopata. É vital, ao mesmo tempo, desenvolver um senso crítico diante de suas hipóteses primordiais. Bachelard estimula-nos no tocante a esse dever, destacando as facilidades atuais:

Assim mesmo, essa obrigação torna-se cada vez mais fácil, porque o pensamento científico atravessou, de um século para cá, inúmeras revoluções. Não era o caso nos primeiros desapegos. Abandonar os conhecimentos do senso comum é um sacrifício difícil. Não é de espantar a ingenuidade que se acumula nas primeiras descrições de um mundo desconhecido (BACHELARD, 1996, p. 277).

Além disso e dando um passo a mais, já se percebe no referido texto destinado aos cirurgões a ênfase nas doenças venéreas, o que levaria Hahnemann a propor sua tese de Doenças Crônicas pautado na supressão das enfermidades sexuais transmissíveis, juntamente com a sarna ou psora, sustentada como *miasma crônico interno, monstruoso* (NOVAES, 1989, p. 157). É bastante compreensível a fixação na sexualidade como origem das moléstias humanas de toda a sorte, concepção que vigorou por mais de um século ainda, na forma de reducionismo sobejamente ilustrado por Sigmund Freud, em sua teoria do desenvolvimento psicológico. O estudo sobre prognóstico baseado em história de vida evolui a partir da hipótese mais prevalente na homeopatia atual de que a doença se radica nos afetos

e na consciência do próprio indivíduo, em complementação mútua com a leitura sociológica e a antropológico-cultural do **processo** saúde-doença.

Na vertente acomodatória, poucos homeopatas desgastaram-se em pesquisas, empíricas ou teóricas, ainda que artesanais e de custo acessível. ...*Hahnemann abre sua exposição teórico-doutrinária justamente condenando os 'fazedores de teorias'* (NOVAES, 1989, p. 139). E, debalde, raríssimos discípulos intentam reformular a teoria, pois esbarram na complexidade dos fenômenos envolvidos e na orientação taxativa de Hahnemann, em nota ao parágrafo 1 de seu livro básico:

Sua missão [do médico] não é porém (com o que tantos médicos gastaram ambiciosamente, até hoje, forças e tempo), forjar ideias e hipóteses vazias sobre a essência íntima do processo vital e as origens da doença no interior do organismo para os chamados sistemas, ou as inúmeras tentativas de explicação a respeito dos fenômenos mórbidos e sua causa imediata, sempre oculta a nós etc., envolvidos em palavras inconcebíveis e num bombástico modo abstrato de expressões de aparência muito erudita a fim de impressionar os ignorantes, enquanto os doentes suspiram em vão por socorro. Basta desses sábios devaneios (chamados medicina teórica, e para os quais temos até cátedras próprias); está na hora de, uma vez para sempre, os que se chamam médicos cessarem de enganar os pobres seres humanos com palavras destituídas de conteúdo e começarem finalmente a agir, isto é, a ajudar e curar realmente (HAHNEMANN, 2007).

Hahnemann disse, mas tudo indica que não seguiu sua própria norma. Sabe-se que a sua produção literária é uma contínua sequência de hipóteses, explicitadas em certos momentos numa linguagem solene e/ou contundente, despertando admiração e acatamento por parte de quase todos os aprendizes. Reverente ou comodamente, eles renunciam ao dever de também raciocinar e emitir o seu parecer. Muitos destes apoiam-se mais confiados, ainda, por entenderem que os princípios homeopáticos repousam na intocável escritura de Hipócrates. O hipocratismo espalhou-se por todo o Ocidente e varou os séculos. Possui, desse modo, os requisitos de verdade definitiva para os idólatras: projeção no espaço e sobrevivência no tempo. O patrono da medicina teria vislumbrado a terapêutica homeopática, mas coube a Hahnemann estabelecê-la no mundo, dando-lhe carne e ossos. *Hipócrates talvez tenha sido o primeiro a afirmar que também é possível curar através dos semelhantes, apesar de ter formulado igualmente o princípio dos contrários, que fundamenta a assim chamada Enantiopatia* (CHEBEL, 2012, p. 15).

Reocupando-me com o tema da diluição, o excessivo entusiasmo com essa técnica deflagra diversas explicações confusas, além de desviar o foco para o que realmente interessa. Reflete sobre o caso do sal de cozinha, *Natrum muriaticum*. Em tuas palavras: *O*

sal de cozinha, por exemplo, inerte na sua forma natural, se ‘dinamizado’ e administrado a um indivíduo sadio, leva a vertigens, sonambulismo... (NOVAES, 1989, p. 155). Ora, inércia é a *propriedade que possui uma substância de não reagir em contato com outra* (HOUAISS, 2009). Caberiam nesse aspecto, muitas vertentes. Algumas substâncias tendem a se mostrar inertes em ocasiões frequentes, ao passo que outras apresentam disposição para se revelar ativas. É possível, em tese, que inexista a substância absolutamente inerte. Admite-se que, mais dia menos dia, aquela aparentemente livre de atividade, encontra algum elemento suscetível com o qual interaja e, então, decorre consequente movimento.

Portanto, exclui-se a necessidade de diluição para que a molécula de cloreto de sódio promova interações com o organismo do experimentador e do ser humano em geral. Poder-se-ia argumentar, contudo, que por se tratar de alimento usado de forma universal, como atribuir-lhe alterações toxicológicas no sujeito sadio? O conceito de suscetibilidade aos componentes da natureza ajuda a compreensão do fenômeno. Quase todas as pessoas afirmam se sentir bem com determinado alimento e se indispor com outro. Constituem o que se pode denominar de experimentação espontânea precária. Não fornece dados de valor para a inclusão na matéria médica da substância, com raras exceções. Por esta via, é aceitável ponderar que qualquer item natural – usado em vastíssima escala – talvez seja terapêutico ou nocivo para indivíduos muito bem selecionados.

O método homeopático de aplicação curativa da substância envolve a experimentação em sujeitos bem treinados na auto-observação e em estado de saúde relativa. Posteriormente, estudam-se os efeitos coletados e transcritos como matéria médica emergente daquela pesquisa. Eles não são *sintomas* como imaginou Hahnemann e, sim, **efeitos** da substância, portanto, indicadores terapêuticos (VIEIRA, 2013, p. 36). Obtém-se o quadro de sintomas e características do enfermo, submetendo-o à anamnese detalhada, histórica e abrangente, e efetua-se rigorosa escolha daqueles mais peculiares. Baseado nos indicadores terapêuticos – por semelhança ou oposição – com os dados típicos do paciente, define-se a matéria médica e, enfim, emprega-se a substância. A junção dos efeitos antagônicos, ou seja, a soma dos dois polos da matéria médica expressa a virtude medicinal que constitui a substância (idem, pag. 185).

Retomando o fator Hahnemann, importa salientar que o método de investigação dos possíveis efeitos de uma substância, proposto por ele, mantém-se atual, com pouquíssimas ressalvas. O seu estilo sintético de registrar os dados obtidos nos experimentos serve de modelo até hoje, originando a melhor matéria médica já produzida em nosso meio. A

consulta homeopática, centrada na história do paciente, furtando-se de direcionar as suas eventuais respostas, ainda inspira o labor de todo e qualquer homeopata. Desse modo, posso e devo discordar de Samuel Hahnemann, em determinados aspectos teóricos, enfatizando que o seu enorme legado não se deslustra em função dos eventuais enganos cometidos. Há que se vê-lo mais como herói da medicina e pioneiro assaz prematuro da complexidade, mas **não** convém atribuir aos seus escritos o caráter de oráculo, do qual se extrai a verdade renovada e sucessiva ante cada desafio do conhecimento homeopático. É necessário ter a prudência de separar as crenças pessoais do eminente pesquisador, as quais imiscuíram joio daninho de difícil erradicação ao lado do verdoso trigo no campo científico nascente.

Qualquer outro cientista vocacionado, como ele, talvez incorresse em equívocos mais graves ante o conjunto de fenômenos novos escancarados pela experimentação da substância no próprio homem, em saúde relativa. Além disso, a coragem de se atirar nesse desconhecido, sem medo nem preguiça, distinguem a sua envergadura humana, muito acima do corriqueiro. Ao mesmo tempo, ele se desgarrava das hostes egoístas, que somente anseiam pela autopromoção e os polpudos dividendos provenientes de suas próprias descobertas.

Nesse sentido, tu te espantaste, Lafetá, frente à contribuição de Kent (NOVAES, 1989, p. 170-8), tão útil à clínica, especialmente com seu notável *Repertório*, base ainda hoje dos mais difundidos programas de computação voltados para auxiliar o homeopata na escolha do medicamento a se prescrever. Entretanto, a filosofia kentiana encontra-se repleta de conceitos obscuros, sobressaindo a referência desmedida e superestimada da *força vital*. Mas, como não se curvar diante de uma figura que dedicou sua vida à ciência homeopática, a ponto de prejudicar a própria visão pelo estudo continuado sob a iluminação artificial inadequada da época?! Assim, embora se tenha ressalva quanto à mistura de crenças infundadas no conhecimento homeopático, Kent tornou-se também lenda com toda a justiça.

Examinando o meio social homeopático, verifica-se que muitos outros abraçaram a bandeira com extremo devotamento. Em circunstâncias desfavoráveis, enfrentaram a crítica do *status quo*, de alguns donos da verdade que, muito superficialmente, rejeitaram a homeopatia pautados apenas na cor dos seus respectivos olhos. Minha hipótese para esse fenômeno, talvez único na medicina, é de que a teoria segue ainda cambeta, mas o exercício da especialidade gratifica abundantemente o profissional de todas as lutas e incompreensões. Por essas razões, entre várias outras, ele absorve os inconvenientes e prejuízos e trabalha com motivação. Estabelece vínculos sólidos com os seus pacientes e evita contendas desgastantes e inúteis. E cumpre com galhardia o mais alto sonho da medicina: cuidar do paciente como um todo e, simultaneamente, individualizá-lo de todos os demais.

Enfim, Lafetá, gostaria de lhe apresentar algumas considerações sobre história de vida e prognóstico. Do ponto de vista genérico, a pesquisa redundou em observações pertinentes e, tudo indica, válidas, conquanto sejam necessárias inquirições análogas ou sucedâneas para cotejamento.

Tu sabes que de acordo com a visão holística da homeopatia, o material ora apresentado tem chance de largo emprego. O homeopata aceita a suposição de que o desconcerto afetivo, bem como o fracasso profissional forneçam indicadores seguros para qualquer enfermidade, não apenas o câncer. Escolheu-se a neoplasia porque seria relativamente fácil reunir pequena quantidade de pacientes que preenchessem o amplo espectro evolutivo desde o óbito, a curto prazo, até aqueles que prosseguiriam, provavelmente, em direção à recuperação integral, com longa sobrevida. Desse modo, a investigação poderia acontecer junto a portadores de HIV, diabetes, acidente vascular cerebral, artrite reumatoide, traumatismo, doença de Chagas, doenças autoimunes e muitas outras...

Nesse tópico, a pesquisa assume concordância com a perspectiva de Simonton, que explica: *Como a ligação entre os estados emocionais e as doenças aplica-se à suscetibilidade a todas as doenças, não apenas ao câncer, o processo de identificação da ligação entre o estresse e as doenças é válido para todas as pessoas...* (SIMONTON, SIMONTON e CREIGHTON, 1987, p. 110). O estudo, porém, trabalha com notória diferença do motivo que autoriza a generalização da abordagem para outras doenças que não o câncer: o ser humano adoece porque vive suas experiências existenciais – afetiva, profissional e social – de maneira patológica. Sondando como cada um se fez e como se sente em relação a si mesmo e perante a própria vida, surgem os pontos de desconformidade, sofrimento e perturbação. Portanto, centra-se a questão no nexos entre o ser humano consigo mesmo e com sua vida, e não com as doenças.

Consequentemente, o questionário utilizado servirá de instrumento básico para a quase universalidade dos casos. As duas últimas questões, 8 e 9, visavam – a oitava – a perscrutar se o crescimento autônomo do câncer guardava relação com sentimentos e atitudes descontroladas por parte do paciente, tal como ocorre na neoplasia; e a nona, a averiguar se conduta falsa ou mentirosa teria qualquer semelhança com a aparente incapacidade do organismo de identificar e pôr fim à iniciativa anômala.

Para o homeopata, a aplicação generalizada do enfoque aqui empregado é quase óbvia e automática. Entretanto, a substituição das duas últimas perguntas por outras inquirindo sensações ou comportamentos existenciais do paciente, análogos aos traços mais marcantes

da doença, é possível que conduzam a melhor aproximação com o objeto investigado. O estudo talvez traga ao homeopata alguma novidade, a exemplo da conclusão de que a resiliência – especialmente no campo do afeto –, e a postura resolutiva, desde a fase juvenil, constituam sinais importantes de saúde do sujeito. Ressalte-se que as relações passam, entes queridos se afastam ou morrem, casamentos sucumbem às intempéries e rotina da vida, mas a gratidão e o apreço podem permanecer vivos no íntimo do indivíduo saudável. O exame que se limita aos fatos exteriores, desprezando o significado pessoal, parece fadado a enganos e distorções.

Tais ilações se justificam para demonstrar que a homeopatia fornece ao profissional um arcabouço teórico suficiente a fim de que ele se aventure a contribuir com a medicina, às vezes, avassalada pelo flagelo do reducionismo. Ao se cingir à análise linear, encarcerada na lógica da causa e efeito de fenômenos pontuais, o pensamento científico se distancia excessivamente da síntese e perde-se, confuso, não lhe restando eixo nem norte. Assentindo-se que o dinamismo global do raciocínio homeopático concorre para o engrandecimento da medicina, reconhece-se, em contrapartida, que a ciência homeopática carece de avançar em seus próprios fundamentos. Sobre a urgência desse movimento, as palavras e ideias oriundas de tua Tese, Lafetá, clamam por respostas homeopáticas em pesquisas e ensaios, elucidando de vez por todas as incoerências, por ventura, remanescentes.

Como despedida deste nosso primeiro diálogo, gostaria de lhe falar algumas palavras sobre a contextualização, técnica que manejava com segurança e competência em diversas ocasiões. Apesar de minha incultura no recurso, deponho-lhe certa confiança. Acho deveras interessante que a postura predominantemente reducionista – ou ortodoxa, se o leitor preferir – de Karl Popper em relação à ciência, ofereça-nos um argumento no polo oposto, quando reivindica uma mente mais aberta por parte do cientista. Assim, parece-me que deveríamos oscilar entre a contextualização e o vanguardismo, de modo a não cristalizarmos o nosso pensamento em nenhum de ambos os extremos.

Ouçamos a assertiva do ilustre autor no início da obra *O Mito do Contexto*:

O pensador da moda é, de um modo geral, prisioneiro da sua moda e considero a liberdade, tanto a liberdade política como uma mente livre e aberta, como um dos grandes, se não o maior valor que a nossa vida pode oferecer-nos (POPPER, 1996, p. 9).

Aparentemente, a valorização excessiva do contexto tende a gerar uma camisa de força, como se todos os fenômenos devessem obrigatoriamente provir do período histórico ao qual pertencem.

Como ficariam os indivíduos que destoaram de suas respectivas épocas e, todavia, a posteridade se encarregou de dar-lhes razão no todo ou em parte?! São os reais vanguardeiros do futuro. Não fossem eles, a lançar pequenina cêdea de fermento na massa homogênea e passiva, as mudanças não aconteceriam ou reclamariam longuíssimas estações. São abominados pelos conservadores, que enxergam no saber acumulado o único referencial para abonar a qualidade e a importância de qualquer proposição inédita. Os mártires, nos variados campos da labuta humana, instilam inquietação nos estagnados. E também estimulam os que se inspiram em antigas sabedorias para que lhes confirmem interpretação atualizada, concitando-os a renová-las de acordo com o avanço do conhecimento.

Se me confesso absolutamente limitado para debater método científico ou filosófico contigo, aproveito para lhe dar notícias do bulício em que vivemos neste começo de terceiro milênio. E, a fim de enxugar palavras – já que a minha tese se alonga em demasia –, vou te descrever uma cena: estacionei o meu carro diante de um semáforo fechado, em Rio Branco-Acre, imediatamente atrás de uma carroça, puxada por um único cavalo, sob o comando de desconhecido condutor. Pedacos de lenhos irregulares projetavam-se na traseira do veículo.

O carroceiro denotava, seja pelo vestuário e pelo pouco que me era possível ver, às suas costas e pelo perfil, uma idade avançada. *Que vida dura!* – me veio à mente. Trabalho pesado a quem, pela idade, merecia aposentadoria ou uma atividade bem mais amena. Mergulhado nessas reflexões, vejo-o levar a mão ao bolso de sua calça e sacar dali um pequeno objeto de cor preta. Olha-o, ligeiramente, aperta alguma coisa nele e leva-o ao ouvido. Era um telefone celular! Conversa através dele, por breves instantes. Desliga-o e recoloca-o no lugar de origem.

Este é, sem dúvida, o nosso contexto hodierno. Adentramos numa época em que é possível a toda a criatura, ressalvadas as injunções socioeconômicas, comunicar-se de quase todos os lugares com incontável número de pessoas, a uma distância que ela sequer tem noção. Sem contar que as crianças de um ano de idade já manipulam o celular como se tivessem feito treinamento intensivo durante a gestação. Se há uma característica com laivos de universalidade no período em que encenamos o próprio papel na ribalta do mundo, dá-se a ela o nome de *comunicação*. Eu apreciaria muito ouvi-lo discorrer sobre tal fenômeno, com a tua riqueza de observação e facilidade para organizar os argumentos. Creio que concordarias comigo e, juntos, proporíamos que na ausência de título mais adequado, passássemos a designar a fase atual de *Era da Comunicação*, ao invés de Pós-moderna que, em si mesmo, pouco significa.

Posto-te, enfim, um derradeiro comentário. Senti falta em toda a tua Tese, de alguma experiência empírica de tua parte envolvendo a homeopatia. Não ingeriste nenhuma substância, conforme a *práxis* homeopática? Não te consultaste com algum médico homeopata? Não fizeste qualquer pesquisa com pacientes que se submetem à terapêutica homeopática? Lamento dizer-te que, assim, desatendeste de um postulado fundamental dentro de tua própria metodologia. De acordo com tuas próprias palavras, tu reconheceste que a homeopatia apresenta indícios empíricos. *Assim é que, ao lado das questões terapêuticas levantadas por toda parte, o conhecimento da Natureza vai sendo construído a partir de uma nova metodologia, qual seja, a observação e experimentação sobre o empírico* (NOVAES, 1989, p. 135) (grifo nosso). Parece, pois, que a homeopatia lida com *fatos*, na acepção de *algo cuja existência pode ser constatada de modo indiscutível* (HOUAISS, 2009). Portanto, a redução de sua análise somente ao nível teórico, ainda que erudito, parece-me incorrer nessa lacuna.

Mas, não te preocupes. Haveremos de repará-la. Acredito que a consistente imersão que empreendeste, nos textos e biografias mais expressivos da homeopatia, capacita-te para uma fase prática. Já faz algum tempo que estou pedindo a Deus permissão para reencarnar como homeopata na próxima romagem na carne. Que tal trabalharmos na mesma seara, dando prosseguimento às nossas mútuas perquirições? Dessa maneira, haveremos de investigar por nós mesmos, tanto na literatura e na clínica como na pesquisa. Pensa nisso! Mas, antes, devemos nos encontrar aí na *dimensão* dos espíritos, para onde – tudo indica – não tardarei em me transferir. *A gente se vê...*

11. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Seria oportuno indagar se o estudo ora finalizado atendeu à citação de Hipócrates, acerca do prognóstico, inserida na primeira página da Apresentação:

O resultado de tal ensinamento é colocar o médico em condição de julgar o curso da doença, o valor recíproco dos sintomas, de empregar, com mais segurança, os meios terapêuticos e de ganhar, por meio desta habilidade em adivinhar aquilo que ele não ouve da boca paciente, a confiança daqueles que lhe entregam o cuidado da sua saúde. (LITRÉ, 1840, p. 94, tradução livre CB²⁴).

Com enorme prazer, o investigador considera que o estudo contribui para se *julgar o curso da doença*, detectando o *valor recíproco dos sintomas* físicos e psicoafetivos e, ao ampliar a abrangência do prognóstico, graças à inclusão de informações extraídas da história de vida, parece tê-lo tornado mais consistente. Há indícios plausíveis de coerência entre o percurso existencial e o distúrbio orgânico com sua peculiar evolução. Aplicando-o, o profissional de saúde pode desenvolver *a habilidade em adivinhar aquilo que não ouve da boca do paciente*, já que o relato de sua trajetória, desde a infância, permite-lhe identificar as conexões entre significados, sentimentos e atitudes com os sintomas e características da enfermidade. Disso resulta maior *confiança daqueles que lhe entregam o cuidado da sua saúde*, contudo, recompensa superior provém da satisfação com o seu próprio trabalho, em função da solidez de suas conclusões.

A evolução do paciente apresenta evidências sugestivas de associação, **escoimadas de qualquer laivo de causalidade**, com o seu respectivo Tipo Prognóstico baseado na história de vida. Há sinais de que o quadro psicoafetivo e a doença configuram-se, com razoável frequência, manifestações similares, separadas entre si por lapso de tempo bastante variável. O índice de má evolução, incluindo complicações e óbitos, mostrou-se mais elevado em pacientes do tipo Complicado e Progressivo, diminuindo gradualmente no tipo Estagnado e Residual, tornando-se excepcional no Resolvido. Inversamente, as taxas de cura e remissão revelaram-se mais altas no tipo Resolvido, reduziram-se continuamente no Residual e Estagnado, não se observando nenhum caso no Tipo Progressivo ou Complicado, nesta pequena seleção de pacientes. As demais variáveis seguiram desfecho análogo, com exceção

²⁴ CB – Carlos Botazzo

do intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e o diagnóstico do câncer, em que o tipo Estagnado excedeu-se em relação a todos os demais.

Constatou-se que a capacidade de resguardo ou restauração da saúde guarda estreita relação com fatos singulares da vida do sujeito. Portanto, quem lidou bem com suas adversidades, resolveu conflitos existenciais e transformou oportunidades em realizações ou atuou com resiliência/solidariedade tende, aparentemente, a reagir melhor ao tratamento médico, a alcançar remissões estáveis com escasso número de complicações. E vice-versa, quem lidou mal com as circunstâncias de vida apresentou propensão para desfecho clínico desfavorável.

Ressalve-se incansavelmente que o número de participantes foi minúsculo diante da complexidade do tema investigado, porém como afirma Popper: *a missão do cientista é a de buscar leis que o habilitem a deduzir previsões* (POPPER, 2004, pag. 270). Há subsídios suficientes acerca da relação entre o prognóstico e a história de vida para se prosseguir na perquirição do tema, em estudos quali e/ou quantitativos.

As perspectivas do estudo podem ser resumidas em duas, abaixo descritas:

1. Examinar a utilidade de se empregar o conhecimento, aqui exposto, no aspecto preventivo e/ou curativo junto a pessoas, cuja história exponha situações emocionais frustrantes e infelizes, deterioradas progressivamente ou estagnadas, antes que a externalização do polo somático se revele, ainda que explicitando a condição de estudo sujeito a confirmação. Ao mesmo tempo, reforçar aquelas que lutam para levar adiante suas experiências resilientes ou objetivos solidários, apontando-lhes os possíveis benefícios à própria saúde.

*...enquanto os cientistas em geral consideram associações causais como etapas do processo de conhecimento da epidemiologia e da história natural da doença, **profissionais envolvidos diretamente com a prevenção das doenças necessitam, para suas ações, de conclusões rápidas, tão logo alguma evidência tenha sido atingida*** (LUIZ e STRUCHINER, 2002, p. 20, grifo nosso).

O pesquisador vê chance de aplicação do conhecimento amalhado no estudo junto às atividades de saúde coletiva. Parece bastante razoável cogitar na sensibilização de profissionais de saúde de diferentes áreas para atuar com as noções referentes aos Tipos Prognósticos, independentemente de colher a história de vida dos pacientes atendidos no Serviço. O objetivo seria refletir com as pessoas acerca da associação aqui vislumbrada. Cada indivíduo analisaria por si mesmo o quanto se identifica com este ou aquele Tipo,

concluindo se as suas escolhas e atitudes tendem para o polo Resolvido/Residual ou inclinam-se para o Complicado/Progressivo ou, ainda, o meio-termo, Estagnado. Obviamente, uma pesquisa para investigar os possíveis benefícios de se executar uma ação nesse sentido seria extremamente recomendável.

Se por um lado, esse modelo hegemônico [centrado no diagnóstico] não consegue ser resolutivo aos agravos psicossociais, por outro, são essas as queixas mais frequentes dos pacientes que procuram os serviços públicos de saúde em busca de solução ou alívio para o sofrimento (LACERDA e VALLA, p. 7, 2003).

2. As conclusões expostas demonstram as incoerências em torno do prognóstico, utilizadas até o momento pelos profissionais vinculados à homeopatia, baseando-se na reação do paciente ao medicamento homeopático (Kent, J.T.) e na gravidade da doença (Elizalde, M.A.), já citados. O modelo ora apresentado, com eventuais aperfeiçoamentos, ajusta-se naturalmente à abordagem homeopática. Na verdade, em muitas ocasiões, o relato espontâneo obtido durante a consulta já disponibiliza as informações necessárias ao exercício do prognóstico pautado no percurso de vida. Faltava tão-somente a especificação de alguns itens apropriados para tal finalidade e o discernimento quanto a seu respectivo significado e peso.

Além do mais, o discurso de que tal ou qual sintoma do paciente é *biopatográfico* – comum no meio homeopático –, significando que deixou ou exprime marcas duradouras ou profundas – encontra no presente estudo uma proposta de ordenação. Os achados parecem contribuir para dimensionar o valor do sentimento e/ou conduta, de modo a conferir-lhe a justa importância no adoecimento do sujeito, bem como para clarificar a participação dos aspectos psicoafetivos na enfermidade, consolidando a abordagem do ser humano como unidade mente-corpo integrada e dinâmica.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABO, T. **Revolução imunológica**: as verdadeiras causas das doenças e a importância das terapias naturais e alternativas para a saúde. Rio de Janeiro: Gasho Edições, 2008.
- ACKERKNECHT, E. H. **A short history of Medicine**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1982.
- ADAM, H.; DAVID, J. H.; TRICHOPOULUS, D.(Ed). **Textbook of cancer epidemiology**. New York: Oxford University Press, 2008. v.1.
- ALMEIDA, G. D. **Ampliações e Transversalizações: Por uma Superação das Tendências Reducionistas no Campo da Atenção Psicossocial**. 2009. Dissertação (Mestrado) , Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 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.
- ANDRADE, P. **Agência e estrutura**: o conhecimento praxiológico em Pierre Bourdieu. **Estudos de Sociologia**, Recife, v.12, n. 2, p. 97-118, 2007.
- ANSELMO-LIMA, W. T.; SAKANO, E. Rinossinusites: evidências e experiências. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo , v. 81, n. 1, supl. 1, p. 1-49, 2015.
- BACHELARD, G. **A formação do espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.
- BANDEIRA, A. E. O conceito de tecnologia sob o olhar do filósofo Álvaro Vieira Pinto. **Geografia Ensino & Pesquisa**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 111-114, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARRETO, Alexandre Franca et al. Atenção biopsicossocial a pessoas com Hipertensão no SUS. **Revista Latino-Americana de Psicologia Corporal**, v. 4, n. 1, p. 54-66, 2015.
- BARRETO, M. Corpo, ética e resiliência. In: ENCONTRO PARANAENSE, 15; CONGRESSO BRASILEIRO E PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XV, X, p. 1-12, 2010, Curitiba, Brasil. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2010.
- BASTOS, C. J. P. Padrões de reprodução vegetativa em espécies de *Lejeuneaceae* (*Marchantiophyta*) e seu significado taxonômico e ecológico. **Revista Brasileira de Botânica**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 309-315, 2008.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, out./dez. 2007. Versão corrigida, 2013.
- BÂ, AMADOU HAMPÂTÉ. **Amkoullel, o menino fula**. São Paulo: Palas Athena. Acervo África. 3. edição. 2013, p. 197.
- BENDIT, I. Biologia molecular. In: MARCONDES, E. et al. **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003. v. 2. p. 923-926.
- BENEDICT, M. I. et al. The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. **Child Abuse & Neglect**, v. 23, n. 7, p. 659-670, 1999.
- BEREZIN, E. N. et al. Meningite pneumocócica na infância: características clínicas, sorotipos mais prevalentes e prognóstico. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 1, p. 19-23, 2002.
- BERGÉ, P.; POMEAU, Y., DUBOIS-GANCE, M. **Dos ritmos ao caos**. São Paulo: Editora da UNESP, 1996.

- BOFFARD, K. D. (Ed). **Manual of definitive surgical trauma care**, 3. ed. London: CRC Press, 2011.
- BOTAZZO, C. **Diálogos sobre a boca**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- BOURDIEU, P.; TOMAZ, F. **O poder simbólico**. Trad. Fernando Tomaz. Lisboa: Difel, 1989.
- BOYD, E. A. et al. "It's not just what the doctor tells me:" Factors that influence surrogate decision-makers' perceptions of prognosis*. **Critical Care Medicine**, Mount Prospect, v.38, n. 5, p. 1270-1275, 2010.
- BRAZÃO, J. C. C. **O vínculo pelo primado da relação, como uma experiência de compartilhar: uma perspectiva transdisciplinar**. 2012. Tese de doutorado. Departamento de pós-graduação de Psicologia, UFF, Niterói-Rio de Janeiro, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012. **Define diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 21 out 2016.
- BRISSON, L. A religião como fundamento da reflexão filosófica e como meio de ação política nas Leis de Platão. **Kriterion**, Belo Horizonte, v. 44, n. 107, p. 24-38, 2003.
- BRUM, E. **O olho da rua: uma repórter em busca da literatura da vida real**. São Paulo: Globo, 2008.
- BÄZNER, H. Georg Friedrich Händel: a case of large vessel disease with complications in the eighteenth century. **Progress in Brain Research**, Amsterdam, v. 216, p. 305-316, 2015.
- CAETANO, A. P. S.; CORTEZ, P. A. Reprodução assexuada. In: RECH, A. R.; AGOSTINI, K.; OLIVEIRA, P. E., MACHADO, I. C. (Org.). **Biologia da polinização**. Rio de Janeiro: Ed. Projeto Cultural, p. 93-112, 2014.
- CAMPOS, A. G. **Direito ao trabalho: considerações gerais e preliminares**. Brasília, DF: IPEA, 2011.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas e Luiz Octavio Ferreira Barreto Leite. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- CARDOSO, M. R. O superego: em busca de uma nova abordagem. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 26-41, 2000.
- CARVALHO, M. M. Psico-Oncologia: história, características e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 151-166, 2002.
- CHEBEL, I. F. O. **Ação do tratamento homeopático na sintomatologia da síndrome da ardência bucal em duas fases: estudo duplo cego placebo controlado e estudo aberto**. 2012. Tese (Doutorado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- CHU, Y. H. et al. MicroRNA gene polymorphisms and environmental factors increase patient susceptibility to hepatocellular carcinoma. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 2, e89930, 2014.
- COLCERNIANI, C. B. Direito de família: um novo rumo ao lado da psicologia jurídica e da afetividade. **Vox Forensis**, Espírito Santo do Pinhal, v. 1, n. 1, p. 224-233, 2008.
- COLLANIERI, A. C.; SOARES, M. C. P.; MORAES VASCONCELOS, D. Imunodeficiências: caracterização e importância do diagnóstico e tratamento. **RBM Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 67-72, 2009.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 17-21 de março, 1986, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 21 out 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Debate sobre prevenção do suicídio entre médicos e estudantes encerra II ENCM 2016**. Disponível no site:

http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26420:2016-09-19-18-24-35&catid=3. Acesso em 27.dez.2016

CORREIA, A. R. **Ensino e aprendizagem no contexto de um TEIP**: a urgência de educar para e pela sociedade. 2011. Dissertação (Mestrado em Supervisão Pedagógica) – Universidade Aberta, Lisboa, 2011.

COSTA, C. M. D. L. **Sinergismo entre alcoolismo crônico e nutrição na etiopatogenia do carcinoma hepatocelular**. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2010.

COSTA, J. F. A ética em um mundo desencantado. **Revista Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, ed. 290, p. 13-14, 2012.

COULTER, H. L. **Divided legacy**. Washington: Center for Empirical Medicine, 1975. v. 1: The Patterns emerge, Hippocrates to Paracelsus.

CRUZ, M. Z. **Psicossomática na saúde coletiva**: um enfoque biopsicossocial. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2011.

DE MARCO, G. M. **Mulheres com câncer de mama na meia idade: enfrentamento e autoavaliação de saúde**. Dissertação (Mestrado em Ciências, Área: Psicologia). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP, Ribeirão Preto, 2007.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. Trad: Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes. 2001.

DOLINSKY, L. C. D. B.; PEREIRA, L. M. C. V. DNA forense: artigo de revis. **Saúde & Ambiente em Revista**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 11-22, 2007.

DUDGEON, R. E. **Palestras sobre a teoria e a prática da Homeopatia**. São Paulo: ICEH, 2011.

UFFIN, J. **History of medicine**: a scandalously short introduction. Toronto: University of Toronto Press, 2010.

EIZIRIK, M. et al. Contratransferência e trauma psíquico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 314-320, 2006.

EKSTERMAN, A. O Ensino da Psicologia Médica. In: Melo Filho, J. **Identidade Médica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ELIZALDE, A. M. **Homeopatia teoria e prática**. Rio de Janeiro: Luz Menescal, 2004.

ENGELHARD, S. Medidas para reciclagem do lixo familiar. **Revista Brasileira de Terapia de Família**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 99-108, 2012.

ENTRALGO, P. L. **El cuerpo humano**: teoría actual. Madrid: Espasa-Calpe, 1989.

FERRARI, P. C.; ANGOTTI, J. A. P.; TRAGTENBERG, M. H. R. Educação problematizadora a distância para a inserção de temas contemporâneos na formação docente: uma introdução à Teoria do Caos. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 15, n. 1, p. 85-104, 2009.

FEYERABEND, P. K.; MORTARI, C. A. **Contra o método**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

FIGUEREDO, G. P. **Mecanismo imuno-supressor para seleção de dados de treinamento em problemas de classificação**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

FIGUEIREDO, L. A. **Vacinas, novas perspectivas**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciência Farmacêutica) - Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

FIGUEIREDO, M. S. Fatores moduladores da gravidade da evolução clínica da anemia falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 215-7, 2007.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FORTUNATO, R. C. **Ecos da idade, sexo e nível sócio-económico em dimensões da conjugalidade: satisfação, vinculação-afectividade e proximidade**. 2009. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2009.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1963.

_____. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

FREITAS, H.; MOSCAROLA, J. Da observação à decisão: métodos de pesquisa e de análise quantitativa e qualitativa de dados. **RAE Eletrônica**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 1-29, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n1/v1n1a06.pdf>. Acesso em: 21 out 2016.

FUKUOKA, K. et al. Duration between onset and diagnosis in central nervous tumours: impact on prognosis and functional outcome. **Pediatrics International**, Carlton South, v. 56, n.6, p. 829-833.

FULGENCIO, L. A noção de trauma em Freud e Winnicott. **Natureza Humana**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 255-270, 2004.

GIBRAN, K. G. **O profeta**. Porto Alegre: L&PM, 2002.

GOLDSMID, R.; FÉRES-CARNEIRO, T. A função fraterna e as vicissitudes de ter e ser um irmão. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 2, p. 293-308, 2007.

GOMES, A. A. Estudo de caso: planejamento e métodos. **Nuances: estudos sobre educação**, Presidente Prudente, SP, v. 15, n. 16, p. 215-221, jan./dez. 2008.

GOMES, W. C.; JIMENEZ, S. Pensamento complexo e concepção de ciência na pós-modernidade: aproximações críticas às "imposturas" de Edgar Morin. **Revista Eletrônica Arma da Crítica**, Fortaleza, v. 1, n. 1, 2009. Disponível no site: <http://www.armadacritica.ufc.br/phocadownload/wasusana.pdf>. Acesso em: 21 out 2016.

HALL, C. S.; LINDZEY, G.; CAMPBELL, J. B. **Teorias da personalidade**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

HAHNEMANN, S. **Organon de la Medicina**. New Delhi: B.J.Publishers, 1994.

HAHNEMANN, S. C. F. **Exposição da doutrina homeopática ou Organon da arte de curar**. 2. ed.. São Paulo: GEHSP, 2007.

HENRIQUES, J. M. L. **O prognóstico em cirurgia abdominal: avaliação com redes neuronais**. 1998. Dissertação (Doutorado em Cirurgia) - Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa, Lisboa, 1998.

HIPÓCRATES. Le pronostic (Prognostikon). In: LITRÉ, É. **Oeuvres complètes d'Hippocrate**. Traduction nouvelle avec le texte grec en regard. Paris: Chez J.-B. Baillière, Librairie de L'Académie Royale de Médecine, 1840. Tome Second, p. 111-91.

HOUAISS, A. **Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa**. Versão monousuário. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. v. 3

HOYT, D. B.; COIMBRA, R.; POTENZA, B. M. Trauma systems, triage, and transport. In: MOORE, E. E.; FELICIANO, D. V.; MATTOX, K. L. **Trauma**. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 2008. p. 57-77.

HSU, C. Y. et al. Decrypting cryptogenic hepatocellular carcinoma: clinical manifestations, prognostic factors and long-term survival by propensity score model. **PLoS One**, San Francisco, v. 9, n. 2, e89373, 2014.

I CHING. **O livro das mutações**: Tradução do chinês-alemão: WILHELM, R. C. São Paulo: Pensamento-Cultrix, 1984.

IAQUINTO, K. Na natureza nada se cria, nada se perde, tudo se transforma. **Revista Conjuntura Econômica**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 6, p. 29-32, 2011.

KEMKES-GROTTENTHALER, A. God, faith, and death: the impact of biological and religious correlates on mortality. **Human Biology**, Detroit, v. 75, n. 6, p. 897-915, 2003.

KENT, J. T. **Lectures on homoeopathic philosophy**. New Delhi: B. Jain Publishers, 2002.

KERLINGER, F. N.; ROTUNDO, H. M. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**: um tratamento conceitual. São Paulo: EDUSP, 1979.

KONIGSBERGER, Fabio. As observacoes prognosticas de Hahnemann e sua conduta terapeutica (do Organon). **Rev. homeopatia (São Paulo)**, v. 61, n. 3/4, p. 45-53, 1996.

KISS, M.H.B.; LOTITO, A.P.M. Artrite Reumatoide Juvenil. In: MARCONDES, E et al. **Pediatria Básica**. São Paulo: Sarvier, 2003. v.2, p. 799-06.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1998.

KÜBLER-ROSS, E. **Acolher a morte**. Oeiras: Estrela Polar, 2008.

LACERDA, A.; VALLA, V. Homeopatia e apoio social: repensando as práticas de integralidade na atenção e no cuidado à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/CEPESC/ABRASCO, p. 169-196, 2003.

LESHAN, L. **Brigando pela vida**: aspectos emocionais do câncer. Tradução de Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1994.

LÉVI-STRAUSS, C. **Antropologia estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

LITRÉ, É. Le pronostic. Argument. In: _____. **Oeuvres complètes d'Hippocrate**. Traduction nouvelle avec le texte grec en regard.. Paris: Chez J.-B. Baillière, Librairie de L'Académie Royale de Médecine, 1840. Tome Second, p. 94-109.

LUIZ, R.R.; STRUCHINER, C. J. **Inferência causal em epidemiologia: o modelo de respostas potenciais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MACEDO, C. R.; PETRILLI, A. S. Tumores ósseos malignos na criança e no adolescente. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 35, n. 8, p. 600-608, 1999.

MACHADO, L. M. **Satisfação e insatisfação no casamento: os dois lados de uma mesma moeda?** 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Aplicada) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

MACPHAIL, T. **The viral network**: a pathography of the H1N1 influenza pandemic. Ithaca: Cornell University Press, 2014.

MADY, C.; NACRUTH, R. Natural history of chronic Chagas' heart disease: prognosis factors. **São Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 113, n. 2, 1995.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2004.

MARTINHO, A. F. et al. Prevalência dos sintomas depressivos em pacientes oncológicos no ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Botucatu, v. 7, n. 5, p. 304-8, 2009.

MARTINS, A. M. et al. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 74-87, 2012.

MARTINS, M. A. **Clínica médica**. v. 3: Doenças hematológicas, oncologia, doenças renais e geniturinárias. Barueri: Manole, 2009.

_____. **Clínica médica**. v. 5: doenças endócrinas e metabólicas, doenças ósseas, doenças reumatológicas. Barueri: Manole, 2009b.

MARTINS, A.M.E.B.L. et al. Delineamentos de estudos publicados em periódicos da área da saúde: uma revisão de literatura. **Unimontes Científica**, Montes Claros, v. 15, n. 2, p. 64-80, 2013.

MARUYAMA, S. A. T. et al. O corpo e a cultura como lócus do câncer. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 171-5.

MAZZUCHELL, C. G.; DE OLIVEIRA FERREIRA, K. R. Crime passionai: quando a paixão aperta o gatilho. **Revista Eletrônica Intertemas Unitoledo**, Presidente Prudente, v. 3, n. 3, 2009. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1393/1331>. Acesso em: 7 jun 2007.

MEDITSCH, E. Gêneros de discurso, conhecimento, intersubjetividade, argumentação-ferramentas para uma aproximação à fisiologia normal do jornalismo. In: ENCONTRO DA COMPÓS, 10., 2001, Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: UnB, 2001. Disponível em: <http://www.jornalismo.ufsc.br/bancodedados/meditsch-generos.zip>. Acesso em: 16 out. 2016.

MELLO, D. R. B. **Nos limites da linguagem**: uma leitura das doenças psicossomáticas à luz da psicanálise lacaniana. **InterSciencePlace**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 8, 2015.

MELLO FILHO, J de. **Concepção psicossomática**: visão atual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MENCK, C. F. M.; MENEHINI, R. Prêmio Nobel de Química 2015: Os mecanismos de reparo de DNA. **Quím. Nova na Escola**, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 264-269, 2015. Disponível em: http://qnesc.sbq.org.br/online/qnesc37_4/05-AQ-116-15.pdf. Acesso em: 07 jun 2016.

MENDES, N. Z. S. M. **Família monoparental no Direito Brasileiro**: efeitos na formação dos filhos. Anápolis: UniEvangélica, 2007.

MENEZES, R. A. A despedida do corpo: uma proposta de assistência em cuidados paliativos. **Mnemosine**, Córdoba, v. 1, n. 2, 2005.

MILAN, B. **O século (entrevistas)**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1999.

MOLINET, F. J. L. **Desenvolvimento de uma regra de prognóstico para pacientes com leishmaniose cutânea localizada tratada com antimonio de meglumina**. 2013. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MOORE, K. **Embriologia clínica**. São Paulo: Elsevier Brasil, 2011.

- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- MOURA, R.; CANALLE, J. B. G. The myths of the scientists and their controversies. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 238-251, 2001.
- MURAMOTO, O. Retrospective diagnosis of a famous historical figure: ontological, epistemic, and ethical considerations. **Philosophy, Ethics, and Humanities Medicine**, London, v. 9, n. 1, p. 2-15, 2014.
- MÖLLER, M. A. **Marketing responsável?** 2006. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Instituto de Pós Graduação e Pesquisa em Administração de Empresas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- NEGREIROS, M. A. M. P. **Trajetórias e memórias sobre a saúde dos soldados da borracha em seringais do Acre**. 2011. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.
- NOBRE, S.; CASTRO, F. V.; LAPA, E. M. Estudo exploratório em desenvolvimento a resiliência e satisfação com a vida na adversidade: as catecolaminas do novo paradigma. **Revista INFAD de Psicologia**, Extremadura, v. 2, n. 1, p. 569-580, 2013.
- NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004.
- NOVAES, R. L. **O tempo e a ordem**: sobre a homeopatia. São Paulo: Cortez, 1989.
- NOVAES, R. L. **O tempo e a ordem: sobre a Homeopatia**. 1986. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.
- NUNES, M. L. et al. Prognóstico de recém-nascido com convulsões: aspectos clínicos e eletroencefalográficos. **Jornal da Liga Brasileira de Epilepsia**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 11-16, 2008.
- NUNES, R. S. R. **Geometria fractal e aplicações**. 2006. Tese (Mestrado em Matemática) - Departamento de Matemática Pura, Faculdade de Ciências da Universidade de Porto, Porto, 2006.
- NUSSBAUM, R. et al. **Thompson & Thompson Genética Médica**. Rio de Janeiro: Elsevier. 2008.
- ORNELLAS, M. W.; KOHLER, L. P. G.; PIOVESAN, S. A relação existente entre mente/corpo e o processo somático. **Saberes Unicampo**, Campo Mourão, v. 01, n.01, jan. – jun. 2014. Disponível em <http://faculdadeunicampo.edu.br/ojs/index.php/Saberesunicampo>. Acesso em 23.jan.2017.
- PEREIRA, J.C. **Análise de dados qualitativos**: estratégia para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3. ed. São Paulo: EDUSP, 1999.
- PERESTRELLO, D. **A medicina da pessoa**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- PIKE, I. L. Maternal stress and fetal responses: evolutionary perspectives on preterm delivery. **American Journal of Human Biology**, New York, v. 17, n. 1, p. 55-65, 2005.
- PINOCHET, L. H. C.; GALVÃO, C. R. Aspectos humanos na gestão hospitalar. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 498-507, 2010.
- PLEVRITIS, S. K. et al. A stochastic simulation model of U.S. breast cancer mortality trends from 1975 to 2000. **Journal of the National Cancer Institute Monographs**, Bethesda, n. 36, p. 86-95. 2006.
- POLIDO, W. A. Humanização do atendimento à saúde: aspectos bioéticos e a posituação do Direito O contrato de seguro e as novas ciências. **Revista Brasileira de Direito do Seguro e da Responsabilidade Civil**, São Paulo, v. 1, 2009.

POPPER, K. R. **O mito do contexto: em defesa da ciência e da racionalidade**. Tradução de Paula Taipas. Lisboa: Editora 70, 1996.

_____. **A lógica da pesquisa científica**. São Paulo: Cultrix, 2001.

_____. **Lógica das Ciências Sociais**. 3. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2004.

POPPER, K. R.; BATH, S. **Conjecturas e refutações: o progresso do conhecimento científico**. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2008.

PORTELLA, M. **A ciência do bem-viver: propostas e técnicas da Psicologia Positiva**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

PRADO, T. M. D. S. Doença mental e autoria com base na arqueologia de Foucault. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 290-301, 2015.

PRIGOGINE, I.; FERREIRA, R. L. **O fim das certezas**. São Paulo: UNESP, 1996.

RAITI, S.; NEWNS, G. Cretinism: early diagnosis and its relation to mental prognosis. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 46, n. 249, p. 692-695, 1971.

REIS, E. Desigualdade e solidariedade: uma releitura do “familismo amoral” de Banfield. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 29, n. 10, p. 35-48, 1995.

REY, F.G. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. Tradução: Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Thomson. 2002.

RIBEIRO, U. J. R.. et al. Correlação das proteínas P53 e Ki-67 com o prognóstico de pacientes com adenocarcinoma de reto distal. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 246-254, 2000.

ROSA, C. P.; RIZZO di LIONE, F. Uma criança com câncer atendida pela equipe multiprofissional da clínica de dor. **Mudanças-Psicologia da Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 171-177, 2009.

SACCINTO, E.; I TESTOR, C. P.; PIETRANTONI, L. **Reacciones psicológicas en situaciones de desastre y emergencia: estudio de la vivencia del suceso traumático**. Tesi (Doctoral) - Departament de Psicologia, Universitat Ramon Llull i Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Bologna, 2014.

SAKAE, T. M.; DOS SANTOS, N. A. F.; BALDESSAR, M. Z. Sobrevida de pacientes portadores de mieloma múltiplo atendidos em hospital de referência no sul de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, Botucatu, v. 8, n. 3, p. 216-21, 2010.

SALLIS, J. Lógica exorbitante: no limite da metafísica da contradição. **Tempo da Ciência**, Toledo, v. 22, n. 11, p. 39-56, 2004.

SANTOS, C. M. M. Inferências na argumentação e na construção do conhecimento: explorando situações escolares. **Pró-Posições**, Campinas, v. 18, n. 3, p. 53-72, 2007.

SANTOS, L. C. O. D.; BATISTA, O. D. M.; CANGUSSU, M. C. T. Caracterização do diagnóstico tardio do câncer de boca no estado de Alagoas. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, São Paulo, v. 76, n. 4, p. 416-422, 2010.

SANTOS, M. M. S. **Os efeitos do divórcio na família com filhos pequenos**. Porto: Psicologia.PT, 2013. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0342.pdf>. Acesso em: 5 mai. 2016

SCHWARTZMAN, S. A ciência da ciência. **Ciência Hoje**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 11, p. 54-9, 1984.

SENE, L. V. D. **Assistência à saúde mental de mulheres em cidade do interior de Minas Gerais**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SIEGEL, B. S. **Amor, medicina e milagres**: a cura espontânea de doentes graves, segundo a experiência de um famoso cirurgião norte-americano. Tradução de João Alves dos Santos. São Paulo: Best Seller, 1989.

SILVA, B. O. et al. Implicações da viuvez na saúde: uma abordagem fenomenológica em Merleau-Ponty. **Journal of Nursing UFPE on line**, Recife, v. 3, n. 4, p. 1250-1256, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-70852012000100006&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 21 out 2016

SILVA, R. G. et al. Artrite reumatoide. **RBM Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 60, n. 8, p. 554-78, 2003.

SILVA, S. M. P. **Políticas públicas e ambientalismo no agroamazônico**: um estudo de caso do Acre (1999-2010). 2012. Tese (Doutorado em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade) - Instituto de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SIMONTON, O. C.; SIMONTON, S. M.; CREIGHTON, J. L. **Com a vida de novo**. 4. ed. São Paulo: Summus, 1987.

SIMÕES, C. G. **Resiliência no paciente que convive com câncer definições e elementos estruturais**: uma revisão integrativa. 2009. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

SOUTHWICK, S. M. et al. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. **European Journal of Psychotraumatology**, Amsterdam, v. 5, 2014.

SOUZA, E. C. F. **Bocas, câncer e subjetividades**: patografias em análise. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2003.

SOUZA, E. P. V. **Crenças Epistemológicas e a Prática Médica Homeopática**. 2011. Dissertação de Mestrado – Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ / NUTES, 2011.

STADEN, H. **The art of medicine in early Alexandria**. New York: CUP, 1989.

STEFANELLI, J. M.; PINHEIRO JUNIOR, O. A.; MONTANHA, F. P. Comportamento dos elefantes africanos na natureza: revisão de literatura. **Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária**, São Paulo, v. 9, n. 18, 2012. Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/O5zpNPQWTqCEcvm_2013-6-28-18-11-40.pdf. Acesso em: 20 out 2016.

STRAUCH, T. C. **Responsabilidade civil por perda de uma chance**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação de Direito em Responsabilidade Civil e Consumidor) - Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

SUCRO, L. V. et al. Mieloma múltiplo: diagnóstico e tratamento. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 58-62, 2009.

TAVARES, M. C. R. **Curso de vida e saúde bucal de adolescentes do Nordeste Brasileiro**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

TEIXEIRA, A. **Felicidade SA**: Por que a satisfação com o trabalho é a utopia possível para o século 21. Porto Alegre: Arquipelago Editorial, 2012.

TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26, 9-11 out. 2006, Fortaleza, Brasil. Disponível em:

http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf. Acesso em: 22 mai 2016.

THIOLLENT, M.J.M. **Crítica Metodológica, Investigação Social & Enquete Operária**. São Paulo: Polis, 1981.

TOFANI, A. C. A. **Autoconfiança, depressão, ansiedade e tensões em portadores de câncer de próstata avaliadas por meio do Rorschach e escala de qualidade de vida**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

UBALDI, P. **Deus e Universo**. Rio de Janeiro: FUNDAPU, 1997.

UBALDI, P. et al. **A grande síntese: síntese e solução dos problemas da ciência e do espírito**. Tradução de Corboli, M.; Paiva, B.G.; Almeida, L. São Paulo: Lake, 1950.

VANDERLEI, C. E. D. **A Homeopatia Numa Perspectiva Sistêmica - Contribuições da Saúde para o Desenvolvimento Local Sustentável**. Dissertação (Mestrado em Gestão do Desenvolvimento Local Sustentável, Faculdade de Ciências da Administração de Pernambuco) – Universidade de Pernambuco, Recife, 2010.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 8. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.

VIEIRA, G. R. **Evangelhoterapia**: a ciência de amar. São Paulo, Ground, 1992.

_____. **Homeopatia e saúde: do reducionismo ao sistêmico**. Rio Branco: CRM-AC/EDUFAC, 2013. Disponível em: <http://www.ufac.br/portal/editora/homeopatia/Homeopatia-e-Saude-ebook.pdf>. Acesso 23 out 2016.

VIEIRA, L. B; PADOIN, S. S. M. Cotidiano e implicações da violência contra as mulheres: revisão narrativa da produção científica de enfermagem. Brasil, 1994-2008. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 383-389, 2010.

WAKESMAN, R. D.; GIKAS, R. M. C.; MACIEL, W. **Crianças e adolescentes seguros**. São Paulo: Publifolha, 2005.

WEBER, M. A objetividade do conhecimento nas ciências sociais. In: COHN, G. (Org.). FERNANDES, F. (Coord.). **Sociologia. Coleção Grandes Cientistas Sociais**, 13. São Paulo: Ática, 1999, p. 79-127.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ANEXO

1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Nós, Gilberto Ribeiro Vieira e Carlos Botazzo, pesquisadores da Universidade de São Paulo – USP, estamos convidando você, paciente do Hospital do Câncer e/ou vinculado à Associação Amigos do Peito, com idade superior a vinte anos, para participar de um estudo intitulado “Prognóstico e Biopatografia em Pacientes com Câncer”, destinado a investigar se é possível saber como será reação do paciente ao tratamento do câncer baseado em sua história de vida. A previsão do resultado da doença é muito útil para o médico tomar decisões em relação ao tratamento, bem como para o enfermo ter uma ideia das suas chances de recuperação.

- a) O objetivo desta pesquisa é descobrir se o comportamento da pessoa em algumas ocasiões de sua vida possibilita prever qual a maneira como o seu organismo reagirá ao tratamento de sua doença.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário realizar uma entrevista com o pesquisador, respondendo algumas perguntas sobre: quanto tempo você sentiu alterações de saúde antes de saber o diagnóstico de sua doença; o que você acha que causou a enfermidade; o que você pensa sobre a sua possibilidade de cura; como foi a sua infância, juventude e vida adulta; como você se empenhou em relação ao principal objetivo da sua vida; como lidou com a situação mais difícil; como aproveitou a principal oportunidade; se já sentiu ou fez algo que não queria sentir ou fazer, e se já mentiu, fingiu ou disfarçou.
- c) A sua participação se resume a esta entrevista, que deve durar aproximadamente uma hora.
- d) É possível que você experimente algum desconforto, embora mínimo, relacionado às perguntas, descritas acima.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo, ainda que mínimos, podem ser: você se sentir incomodado por não entender com clareza a relação entre a sua história de vida e a doença, além de tirar conclusões precipitadas sobre sua saúde a partir da própria entrevista.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são: 1. Ter uma ideia mais clara sobre as suas próprias reações ao longo da vida; 2. Preparar-se com mais consciência para o resultado; 3. Mudar alguma atitude inadequada a fim de colaborar com o tratamento; 4. Contribuir para o progresso do conhecimento e outras pessoas venham a ser beneficiadas.

g) O pesquisador que fará as entrevistas, Gilberto Ribeiro Vieira, responsável por este estudo, é médico, registrado no Conselho Regional de Medicina sob o número 700, especialista em pediatria e homeopatia, concursado pela Secretaria de Estado de Saúde do Acre, e pode ser encontrado no Hospital do Câncer, de segunda a quinta-feira, de 14 às 17 horas. Também poderá ser contatado pelo celular (68) 9975 2371, pelo telefone do Hospital do Câncer 3226 3301, e pelo e-mail gilbertorv@uol.com.br, a fim de esclarecer qualquer dúvida que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser continuar, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção de seu atendimento e você terá o direito de conversar com o pesquisador sobre qualquer aspecto relacionado à pesquisa;

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, por exemplo, os dois orientadores da pesquisa. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação científica, isto será feito de forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será digitada pelo pesquisador em seu próprio computador, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo encerrada a pesquisa o conteúdo será destruído.

j) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação. Você terá a garantia de que problemas como: mal-estar físico ou psicológico decorrentes do estudo serão tratados pelo pesquisador no Hospital do Câncer, de preferência, com medicamentos homeopáticos. Caso se torne necessário, o pesquisador providenciará atendimento clínico imediato para o paciente no Hospital das Clínicas do Acre, onde se localiza o Hospital do Câncer.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

l) Caso você aceite participar da pesquisa, você ficará com uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – CEP 01246-904, São Paulo, SP –

Telefone: (11) 3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão. E que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum problema dos relacionados no item “m”.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do participante da pesquisa)
Rio Branco, _____ de _____ de 201____

Gilberto Ribeiro Vieira – pesquisador