



Grupo de Estudos “Masi Elizalde”

Prognóstico Clínico-Dinâmico nas Comorbidades

Célia Regina Barollo
Mar/2023

Resumo: A autora aborda questões referentes à aplicação clínica das Observações Prognósticas de Kent, na prática homeopática unicista, retomando e aclarando os conceitos necessários à condução dos casos de pacientes com comorbidades: concomitantes, alternantes ou intermitentes e/ou suprimidas. Desenvolve, também, um exercício prático com a apresentação de um caso clínico.

1. Introdução

O Prognóstico Clínico-Dinâmico (PCD) é um tema árido, especialmente, para os iniciantes na arte homeopática de curar e também muitas vezes complexo e instigante para homeopatas mais experientes.

Por falta de compreensão da sua real abrangência e em virtude dessa dificuldade e complexidade do tema, uma boa parte dos homeopatas deixa de aplicá-los na prática clínica e perdem, assim, a oportunidade de avaliar objetivamente os resultados da interferência medicamentosa no sistema extremamente complexo que são os seres vivos.

Para a aplicação prática e precisa dos ensinamentos de Hahnemann e Kent^{1,2,3} sobre os Prognósticos em Homeopatia é necessário o conhecimento prévio do tema Agravção Homeopática (AGH) propriamente dita (entendida como a doença artificial sobrepondo-se à doença natural do paciente) e Agravção como uma reação de limpeza do organismo (ARL) (entendida como a reação da força vital ao estímulo medicamentoso); por outro lado, para fazer uma Segunda Prescrição (SP) racional, e o mais objetiva possível, é necessário fazer antes o PCD do paciente.

Desta forma, os três temas se inter-relacionam e são interdependentes, constituindo-se na parte mais importante da técnica homeopática de condução do caso. Sem dúvida, para a Primeira Prescrição é primordial saber fazer uma anamnese de acordo com a técnica preconizada por Hahnemann no *Organon* (Pars. 83 a 99)¹, fazer um registro rigoroso³ de todos os dados obtidos e ter conhecimento abrangente sobre a Matéria Médica, pois, sem os conhecimentos técnicos que envolvem o tema deste artigo, o tratamento pode ser posto a perder.

O assunto já foi muito bem, e exaustivamente, discutido por vários autores^{4,12}, mas o objetivo deste trabalho é abordar aspectos ainda não explorados.

2. Retomando e aclarando conceitos



Grupo de Estudos “Masi Elizalde”

Inicialmente, é preciso ficar claro que, conceitualmente, somente é possível a aplicação e avaliação do PCD, na prática estritamente unicista e que considera a Totalidade Sintomática (TS) do paciente, como propõe Hahnemann no Par. 273.

Do ponto de vista da Homeopatia e da Transdisciplinaridade¹³, entende-se o ser humano como um ser complexo e composto de vários níveis de realidade, ou seja, um complexo bio-psico-sócio-histórico-cultural-espiritual; do ponto de vista da física quântica, considera-se os animais pluricelulares como organismos formados por sistemas, órgãos, células, moléculas, átomos e, no âmago da matéria, por partículas fundamentais, ou seja, em última instância são campos elétrico-magnéticos (CEM), com uma vibração específica para cada ser e em cada momento vital. Por outro lado, o medicamento homeopático, também um CEM, com vibração específica em cada medicamento e em cada potência, estabelecido no processo de diluição e sucussão sucessivas, por seu caráter informacional pode, por ressonância, atuar sobre o CEM dos seres vivos e mudar sua vibração.

Deve ser consenso entre os homeopatas que todo medicamento diluído e dinamizado, por sua própria natureza, age de forma igual e integral no complexo sistema dos seres vivos¹ (Par. 11n). Portanto, quando se prescreve 2 ou mais medicamentos ultra diluídos e dinamizados, portanto dois ou mais campos informacionais diferentes, de forma alternada ou concomitante, ao mesmo tempo ou em tempos diferentes, o que fica vibrando no organismo é a última informação recebida e que altera artificialmente o Princípio Vital: se a informação é incorreta a resposta do organismo vai ser inadequada e se a informação é ambivalente, trivalente etc., o sistema pode entrar em um estado de confusão ou maior desequilíbrio, que pode levar ao surgimento de sintomas, em que não se pode identificar a fonte ou CEM que os desperta, tornando-se, assim, impossível fazer uma SP racional e objetiva.

Hahnemann² considerava como **doenças psóricas** (para Kent³, miasmas agudos), as doenças infectocontagiosas de caráter epidêmico e quadro clínico característico, e que determinam uma imunidade duradoura (sarampo, rubéola, sarampo, escarlatina etc.).

Hahnemann considerava também como doenças agudas não psóricas: 1) as doenças individuais, ou seja, as “intercorrências nas Doenças Crônicas” - por ex. as DSTs: gonorreia, condilomas; 2) os miasmas agudos recorrentes ou não imunizantes, tais como gripe, resfriados; 3) as epidêmicas devidas a calamidades - febre tifoide, leptospirose, dengue; 4) as coletivas esporádicas - por influências telúricas etc., como AVC e pneumonia. Para todas estas doenças agudas indicava o tratamento com um remédio não antipsórico. Se não houvesse boa evolução, deveria ser avaliada a possibilidade da psora ter saído do estado latente e ter-se desenvolvido. Neste caso, seria indicado o antipsórico.

Os demais quadros nosológicos agudos, que são os achados clínicos mais frequentes na clínica médica, têm um caráter recorrente e evoluem em surtos, apresentando uma grande variabilidade de sintomas de paciente para paciente: são considerados como uma manifestação aguda da **doença crônica ou Psora**; neste caso estão incluídos todos os tipos de quadros alérgicos recidivantes, as



Grupo de Estudos “Masi Elizalde”

enxaquecas periódicas ou ocasionais, as parasitoses e as infecções bacterianas e fúngicas inespecíficas recidivantes (amidalites, otites, infecções urinárias, leucorreias, verminoses etc.).

Assim, para os dois autores (Hahnemann e Kent), as manifestações agudas da Psora, deveriam ser tratadas pelo medicamento antipsórico (para Hahnemann) ou medicamento constitucional indicado (para Kent); portanto, entende-se, o mesmo medicamento que o paciente já vinha tomando e estava bem indicado ao caso.

Hahnemann indicava em febres intermitentes o uso de *Sulphur* ou *Hepar sulphur* se elas não se curassem com o medicamento indicado na febre, que poderia inclusive não ser um antipsórico. E nas intermitentes típicas, aparentemente não febris, considerava ser às vezes necessário o uso de uma dose de *China* para extinguir o caráter intermitente. Tanto as doenças intermitentes típicas febris como as aparentemente não febris eram consideradas por Hahnemann como fases de evolução da Psora.

No caso das doenças infecto-contagiosas, apsóricas ou miasmas agudos, os dois autores recomendam medicar o paciente logo após o término da doença aguda, pois a doença aguda suprime a crônica, e quando a aguda termina a crônica reaparece, necessitando novamente o medicamento antipsórico ou constitucional² (Pg. 169-170).

Denota-se assim, que esses autores perceberam que o último estímulo informacional é o que, realmente, fica vibrando no organismo. A prática, de muitos homeopatas unicistas, de prescrever um medicamento para o quadro crônico (de fundo ou constitucional) e outro para as crises (por ex. nas enxaquecas, broncoespasmos, amidalites, diarreias etc.), sem voltar a dar um novo estímulo medicamentoso informacional para o quadro crônico, está longe ser uma prática hahnemanniana ou kentiana.

3. Os PCD nas Comorbidades

Comorbidade - palavra formada pelo prefixo latino "*cum*" (que significa contiguidade, correlação, companhia) + "*morbus*" (estado patológico ou doença), sendo usado, portanto, para designar a coexistência de transtornos ou doenças (e não de sintomas), com continuidade temporal entre os dois ou mais transtornos, que podem surgir simultânea/alternadamente.

Feinstein¹⁴ descreve **comorbidade** como "*qualquer entidade clínica distinta adicional, que tenha ocorrido ou que venha a ocorrer durante a evolução de um paciente cuja doença índice esteja sob estudo*".

Na atualidade, com tantas noxas físicas e químicas interferindo ao mesmo tempo nos seres vivos¹, com o estresse da vida moderna², com os tratamentos estéticos sem limites, com a conduta intervencionista da medicina convencional e tratamentos ditos cada vez mais “eficazes” e agressivos,

¹ CEMs criados pelas ondas eletromagnéticas da telefonia celular e satélites artificiais, redes elétricas de alta tensão, wi-fi, além dos diferentes tipos de fertilizantes e defensivos agrícolas, alimentos transgênicos, aquecimento global, alterações climáticas intensas e anômalas etc.

² Noxas psíquicas,



Grupo de Estudos “Masi Elizalde”

os pacientes que nos procuram apresentam uma série enorme de queixas e doenças crônicas, concomitantes e/ou alternantes. Pode-se facilmente relacionar, mesmo nas crianças, no mínimo 5 a 6 comorbidades, muitas vezes com gravidade, extensão e comprometimento diferentes no organismo. Nos idosos chega-se a mais de dez comorbidades, se considerarmos as doenças que estão suprimidas ou temporariamente suspensas, e as devidas ao uso contínuo de medicamentos alopáticos.

Na Lição XXXV³ - **O Prognóstico após Observar a Ação do Remédio** -, Kent faz suas considerações nas sete primeiras e na 12^a **Observações Prognósticas (OP)**, referindo-se aos sintomas de **uma única doença clínica** ou entidade nosológica. Não leva em consideração a possibilidade de ocorrência de comorbidades e quando fala da melhora ou agravação dos demais sintomas, está se referindo à totalidade sintomática, que inclui os sintomas mentais e gerais.

Quando se considera uma determinada doença clínica, deve-se levar em conta, para definir o seu PCD “*após observar a ação do remédio*”, determinados Critérios de Lesionabilidade e de Incurabilidade, tais como: duração, localização e extensão da enfermidade, natureza e gravidade da patologia, vitalidade do paciente, tratamentos alopáticos anteriores ou atuais, e tratamento homeopático anterior.

Masi Elizalde^{11,12}, baseado em Kent, propõe uma classificação clínica e fisiopatológica dos pacientes que, como toda classificação, é apenas um guia geral:

- **Paciente Funcional** – O paciente apresenta manifestações sensoriais ou no máximo alterações bioquímicas ou fisiológicas; portanto, após o estímulo medicamentoso, **melhora sem agravação**, com recuperação suave, progressiva e Sensação Subjetiva de Bem-Estar Geral (SSBEG);
- **Paciente Lesional Leve** – O paciente apresenta alterações patológicas em órgãos ou tecidos não vitais, perceptíveis clinicamente ou por meio de exames complementares; portanto, deverá apresentar uma **agravação curta e forte**, seguida de rápida melhora com SSBEG, com melhora dos sintomas mentais, gerais, raros, peculiares e característicos;
- **Paciente Lesional Grave** – O paciente apresenta alterações patológicas em tecidos ou órgãos vitais (cérebro, coração, pulmões, fígado, rins e sistema imunológico); portanto, deverá apresentar uma **agravação prolongada**, seguida de lenta recuperação, sempre com SSBEG e melhora dos sintomas mentais, gerais, raros, peculiares e característicos;
- **Paciente Incurável** - O paciente apresenta alterações anatomopatológicas irreversíveis, sem possibilidade, portanto, de retorno ao estado de saúde original; neste caso, somente será possível uma **paliação dos sintomas**, pois a agravação marca a possibilidade de cura e como não há possibilidade de cura, não ocorre agravação.

Como ficariam, então, as **Observações Prognósticas (OP)** no caso da presença de comorbidades, que apresentem diferentes Critérios de Lesionabilidade e de Incurabilidade em um mesmo paciente? Observa-se que quando existem comorbidades a evolução do paciente não se processa de forma tão linear e objetiva como propõe Kent.

Para Hahnemann, a melhora de todos os sintomas não ocorre simultaneamente: “*Os sintomas que foram acrescentados por último a uma doença crônica deixada à própria sorte (isto é, se não agravada*



Grupo de Estudos “Masi Elizalde”

por um tratamento médico errôneo³) são sempre os primeiros a ceder em um tratamento antipsórico; mas os transtornos mais antigos e os que foram mais constantes e imutáveis, entre os quais estão os transtornos locais constantes, são os últimos a deixarem livre o caminho; e isto só é concretizado quando todas as desordens remanescentes houverem desaparecido e a saúde, em todos os outros aspectos, tiver sido quase totalmente recuperada”² (Pág. 170).

Certamente, entidades clínicas diferentes devem apresentar diferentes OPs, que se processam e evoluem de forma e em tempos diferentes, e é isso, exatamente, o que se observa na prática, podendo dificultar a avaliação do PCD na presença de comorbidades.

4. Caso Clínico

Apresenta-se abaixo um caso clínico com várias comorbidades crônicas, construído com finalidade didática e para exemplificar este olhar ampliado dos PCD.

Paciente do sexo feminino, 42 a, advogada, separada, sem filhos.

“Cansaço e fraqueza pela manhã ao acordar há pelo menos 10 anos. É como se tivessem me tirado todo o sangue. Tive vários episódios de anemia quando criança e achei que estava anêmica de novo, mas já fiz 2 hemogramas e está tudo normal”.

“Quando tinha 1 ano comecei a ter crises de bronquite alternando com alergia nas dobras da pele, que piorava quando estava à beira-mar. Tratei com cortisona durante 20 anos e há 4 anos não tenho mais crises e nem lesões na pele. Ficou somente a rinite constante, que também tenho desde criança. Estou usando Nasocort® há 8 meses e melhorei bem”. Aos 8 anos operei as amídalas, porque tinha infecções recorrentes desde a idade de 3 anos. Sarampo e Varicela na infância. Pneumonia aos 20 anos de idade.

“Menstruações regulares, sem anovulatório, mas desde adolescência tenho TPM intensa, fico muito nervosa e irritada antes das menstruações, já cheguei a ameaçar meu ex-marido com uma faca. Separei-me há 1 ano e meio e tive uma grande decepção com meu marido; desde então começou corrimento ácido antes das menstruações”.

“Há 20 anos tenho diarreia e cólicas abdominais, sempre que tomo leite, doces ou como alimentos gordurosos; inchaço abdominal e mal-estar por comer cebolas. Não me sinto bem com tempo quente e úmido. Dores de cabeça esporádicas atualmente, mas há 13 anos atrás tinha diariamente e tomava muito analgésico; tenho tido crises mais freqüentes desde que me tratei de uma urticária que surgiu há um ano. Tomei três injeções de Diprosan® e melhorei totalmente. Agora, quando tenho dor de cabeça tomo Feldene®”.

“Há 3 semanas estou sentindo uma dor em pontada na boca do estômago; ocorre ao fazer qualquer movimento, especialmente a cada passo e pior se der um passo em falso. Quando deito sinto-me

³ Nesta afirmação podemos incluir os resultados de um tratamento homeopático inadequado.



Grupo de Estudos “Masi Elizalde”

completamente bem, sem dor em parte alguma. Tenho vontade de comer, mas quando como um pouco me sinto mal e tenho arrotos vazios. Durmo bem à noite, mas não costumo me lembrar dos sonhos, mas neste período não tenho conseguido dormir após as 3 horas da manhã.”

Tabela 1 - Relação das Comorbidades presentes na paciente e os respectivos PCDs esperados.

Nº	Diagnóstico clínico	Tempo de doença	Classificação clínica	Tratamento utilizado	PCD
1	Dermatite atópica	41 a	Lesional leve ou grave?	Cortisona	Deve retornar e evoluir em crises intermitentes, por um longo tempo, com espaçamento entre as crises. Deverá ser a última doença crônica a desaparecer
2	Bronquite	41 a	Lesional leve ou grave?	Cortisona há 20 anos	Deve retornar e evoluir em crises intermitentes, por longo tempo, com espaçamento entre as crises
3	Rinite	41 a	Funcional	Cortisona há 8m	Deve voltar e evoluir em crises, permanecendo por longo tempo e depois ir espaçando
4	Amidalgias	39 a	Lesional leve	Cirurgia	Deve retornar a dor de garganta e febre várias vezes
5	TPM	28 a	Funcional	-	Deve melhorar progressivamente nos meses seguintes
6	Cólon irritável	20 a	Funcional?	-	Deve ir melhorando gradativamente
7	Enxaquecas	13 a	Funcional	Analgésicos	Deve apresentar episódios que vão



Grupo de Estudos “Masi Elizalde”

					espaçando gradativamente
8	Cansaço e fraqueza	10 a	Funcional	-	Deve melhorar logo no início do tratamento
9	Urticária	1 a	Funcional	Cortisona	Deve retornar e melhorar
10	Gastrite	3 sem	Funcional	-	Deve melhorar sem agravação
11	Insônia	3 sem	Funcional	-	Deve melhorar logo no início do tratamento
12	Pneumonia	1 episódio	Funcional	Provavelmente antibióticos	Deve retornar o sintoma e melhorar

Considerando que cada entidade clínica faria uma OP a seu tempo, esta paciente deveria evoluir com agravação dos sintomas das entidades clínicas nº 1, 2 e 4 que foram consideradas lesionais.

Considerando a prescrição de um medicamento para sua totalidade sintomática, este medicamento deverá “mobilizar” todas as comorbidades presentes e as suprimidas. É claro que o resultado desse estímulo não se mostra imediatamente e ao mesmo tempo em todas as comorbidades e sintomas em um caso crônico. Para medicar a paciente com esse intuito e considerar as OP, é necessário classificar a paciente considerando todas as suas enfermidades e sintomas.

Se alguma das comorbidades chegou à fase de lesão, enquanto esta estiver presente, os sintomas poderão ser agravados, a cada novo estímulo, na dependência da intensidade do estímulo, considerando que a paciente recebeu seu medicamento *simillimum*. Todos os sintomas, inclusive os que configuram determinada entidade clínica, devem ser considerados manifestações da doença crônica = Psora.

No caso desta paciente, que ao longo da vida a Psora se expressou com estes sintomas, alguns caracterizando entidades clínicas e outros apenas sintomas gerais (insônia, cansaço, fraqueza), ao tomar o medicamento que cobre a totalidade sintomática, a EV coloca em ação os mecanismos de defesa e as expressões da Psora vão se alterando até o desaparecimento dos sintomas (ou seu “recolhimento” ao estado latente”).



Grupo de Estudos “Masi Elizalde”

Segundo a Lei de Hering, as manifestações vão desaparecendo na ordem inversa do seu aparecimento e algumas podem se agravar a cada nova tomada do medicamento, se este for dado em dose ou potência além do necessário ou se estas manifestações forem decorrentes de alterações estruturais (se houver lesão leve ou grave).

Assim, cada doença crônica terá a evolução clínica que lhe cabe; possivelmente, alguns sintomas podem melhorar gradualmente sem agravação. Na consideração da lesionabilidade, no momento da prescrição, deve-se avaliar a condição orgânica geral e a vitalidade do paciente, e não de cada entidade nosológica separadamente, levando-se em conta a presença de alterações estruturais de que tipo e que órgãos estão afetados.

No caso desta paciente, o medicamento *simillimum* não deverá agravar os sintomas da rinite os digestivos (funcionais) - as crises deverão ir espaçando e diminuindo de intensidade.

Não se pode perder de vista que o medicamento único, prescrito de acordo com a totalidade sintomática, portanto, agirá sobre todas as comorbidades pertencentes ao miasma crônico. Se a intenção é medicar o miasma o resultado esperado deve ser a melhora de todas as comorbidades, cada uma fazendo o PCD que correspondente, com melhora gradual, começando pelas mais recentes. As OP podem nos ajudar na avaliação do paciente mesmo que não mediquemos pensando apenas em determinada entidade clínica.

Se o paciente chegou a ter ou até mantém alterações estruturais, se uma ou mais de suas enfermidades o debilitou ou ainda debilita, se fez ou faz tratamento alopático supressor concomitante, se uma de suas alterações tem potencial celular de malignidade... (lesional grave), ele tenderá a melhorar com agravações dos sintomas presentes por ocasião de cada nova dose. Deve-se considerar também a ocorrência, repetidas vezes, de Agravações como Reação de Limpeza, esperadas neste caso em particular, em que houveram muitas supressões alopáticas, tais como: vômitos, diarreias, resfriados, febres, sudorese aumentada, aumento da cera nos ouvidos, descamação de mãos e pés etc., significando a eliminação de toxinas acumuladas no organismo.

De qualquer forma, se a medicação for correta, se a paciente receber seu *simillimum*, ela deve ir melhorando dos sintomas mais recentes, enquanto os antigos, com as agravações correspondentes, vão voltando para também melhorar, seguindo a Lei de Hering.

5. Comentários e Conclusão

Como se pode observar na **Tabela 1**, seria difícil, senão impossível, estabelecer um **PCD único e geral** para esta paciente fictícia, mas que bem poderia ser um paciente da clínica de qualquer médico homeopata. Cada uma das comorbidades tem características próprias e deverá apresentar uma evolução própria. Torna-se evidente a importância de uma anamnese que contemple a historiografia nosológica e cronológica de cada paciente, para que se possa proceder ao estudo do caso e determinar sua possível evolução.



Grupo de Estudos “Masi Elizalde”

Entendida desta forma, a observação do PCD fica menos complexa e se reveste de uma grande importância na condução da evolução do paciente em direção à cura, diminuindo os erros de avaliação e mudanças de medicamento, em casos que estão evoluindo, aparentemente, de forma desfavorável, o que pode tornar o paciente incurável ou retardar a cura devido à troca de medicamento quando não era o caso. A SP deverá ser sempre equacionada a partir do PCD esperado para cada comorbidade, sem esquecer, naturalmente, a consideração da SSBEG e a avaliação dos sintomas mentais e gerais, e os raros, peculiares e característicos, que também definem o medicamento mais adequado ao caso.

6. Referências Bibliográficas

1. Hahnemann, S. Organon da arte de curar - 6ª ed. São Paulo. Robe, 1996.
2. Hahnemann, S. Doenças crônicas: Sua natureza peculiar e sua cura homeopática. 2ª ed. São Paulo. Grupo de Estudos Homeopáticos de São Paulo “Benoit Mure”, 1984.
3. Kent, JT. Lições de Filosofia Homeopática. 2ª ed. São Paulo. Organon, 2002.
4. Dudgeon, R E. *Lectures on the Theory and Practice of Homeopathy*. New Delhi, B. Jain, 1921, cap. V.
5. Ghatak, N. *Enfermidades Crônicas: sua causa e curación*. Buenos Aires, Albatros, 1989, parte II, cap. V, VI.
6. Roberts, HA. *The Principles and Art of Cure by Homeopathy*. New Dehli, B. Jain, 1990.
7. Teixeira, MZ. Agravação e Prognóstico em Homeopatia – uma sistematização de conceitos. Rev. de Homeopatia, vol.62, nº 1-2: 27-68
8. _____. Prognósticos em homeopatia: de Hahnemann a Kent / *Prognosis en homeopathy: from Hahnemann to Kent*. Rev. homeopatia (AMHB);(3):24-46, 1999.
9. Adler, UC; César, AT; Padula, AE; Adler, MS; Garozzo, EN; Galhardi, WMP; Alves, A; Souza, IC. *The harmful cure observed by Hering and Kent in contrast to Hahnemann’s gentle restoration of health*. *Homoeopathic Links* 2006; 19: 121-127. Disponível em http://www.hahnemann-congress.org/02_bilder/Adler%20et%20al%202006%20The%20harmful%20x%20gentle%20cure.pdf.
10. Adler, UC; César, AT; Padula, AE; Adler, MS; Garozzo, EN; Galhardi, WMP; Alves, A; Souza, IC. *The harmful cure observed by Hering and Kent in contrast to Hahnemann’s gentle restoration of health*. (com comentários de Elias Zoby) Disponível em <http://www.geocities.com/eczoby/adler.html>.
11. Masi Elizalde, A. *Actas del Instituto de Altos Estudios Homoeopáticos “James Tyler Kent”*, No 1-8. Buenos Aires, 1988.
12. Masi Elizalde, A. Homeopatia: teoria e prática. Rio de Janeiro. Luz Menescal, 2005.
13. Barollo, CR. Homeopatia e Transdisciplinaridade - artigo publicado em www.gemasi.org.br
14. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970; 23:455-68.