

# O SIGNIFICADO SINGULAR DO ADOECIMENTO E OUTRAS DIGNIDADES CONCEITUAIS EM CIÊNCIA\*

## THE SINGULAR MEANING OF ILLNESS AND OTHER CONCEPTUAL DIGNITIES IN SCIENCE

PAULO ROSENBAUM<sup>1</sup>

*“Life = sign activity.”*

Thomas Sebeock.

Recentemente a homeopatia e as medicinas integrativas voltaram a ser duramente criticadas. Precisamente em um momento histórico no qual imaginávamos que, pela capacidade dialógica que a ciência desenvolveu, polêmicas estereis estariam superadas. É bom frisar que algumas críticas não podem ser desconsideradas, mas predominam ataques descontextualizados, que, sob o manto do ceticismo seletivo, adota uma postura arbitrária, e, em certa medida, de baixa acurácia científica.

Isto não significa que não existam importantes lacunas no programa de pesquisas e nas bases científicas das medicinas e práticas integrativas. Neste momento nos interessa tentar compreender qual é o pretexto e contexto para o belicismo? Eles emergiram em plena crise sanitária e diante da forma perturbadora como a tecno-ciência vem abordando a atual pandemia. Não será ousado indagar, suponho, o que não seria uma “questão de ciência?”, a plataforma encabeçada por pessoas – sem nenhuma experiência clínica em medicina – usada para veicular as objeções.

Ora, a ciência é, ela mesmo, uma questão. Se é justo duvidar da “qualquer coisa serve” em ciência – conforme Paul Feyrabend enunciou em seu livro “Contra o Método” – a ideia de que só existe uma metodologia, um monopsismo supremo do conhecimento é risível. Vale dizer, existiria uma espécie de “reserva de mercado” da ciência, cuja porta voz imagina ao mesmo tempo, acusar, julgar e emitir o veredito sobre o estatuto científico de um determinado conhecimento não é apenas presunçosa, expõe gravíssima ignorância acerca do funcionamento e desenvolvimento histórico do pensamento científico.

### Descritores:

Epistemologia, Semiologia Médica, História da Ciência, Empirismo, História da Medicina.

<sup>1</sup> Médico e escritor, Doutor em Ciências pela USP, Mestre e Pós-Doutor em Medicina Preventiva pela FMUSP, Especialista em Homeopatia pelo CFM.  
e-mail: rosenbpaulo@gmail.com

\* Artigo adaptado a partir da tese de doutorado defendida na FMUSP “Entre Arte e Ciência: fundamentos hermenêuticos da medicina homeopática”. Recebeu a publicação pela Editora Hucitec, 2005, São Paulo. (coleção “Saúde em Debate”).

Também publicado no site da AMHB (Associação Médica Homeopática Brasileira):

<https://amhb.org.br/o-significado-singular-do-adoecimento-e-outras-dignidades-conceituais-em-ciencia/>

Artigo recebido em 12/12/2024 e aprovado em 5/1/2025.

### SAÚDE É, E CONTINUARÁ SENDO, UM CONCEITO POLISSÊMICO

Do início: não há um consenso, nem conceitual nem terminológico, a respeito do que é, afinal, a saúde, pois se trata de um conceito verdadeiramente polissêmico. Por exemplo, é somente a ausência de uma doença? A própria OMS desmente esta versão mecânica e reducionista que procura circunscrever a cura como mera eliminação da moléstia. O que é curar? Eliminar a patologia apenas? Fazer desaparecer os sintomas? E quanto à disposição, o animo, o estado de espírito? E no campo da saúde mental? Será mais saudável um indivíduo mais “adaptado” a seu meio? Algumas correntes psicológicas responderiam que sim, enquanto outras discordariam. Para as medicinas integrativas nem sempre essa adaptação é um critério de saúde e decerto extirpar a moléstia não é o único objetivo da terapêutica.

A lógica da medicina integrativa busca uma ação terapêutica que sempre se preocupará com aspectos mais amplos: leva em consideração a integralidade das manifestações clínicas do sujeito. Busca compreender não só o diagnóstico clínico e seu respectivo tratamento, como entender as idiossincrasias reais e imaginárias, captar através da linguagem as metáforas presentes no relato das pessoas que estão sob tratamento. Não se trata de psicoterapia *stricto sensu*, mas é preciso afirmar que existem aspectos além das queixas físicas que precisam ser levados em consideração. As queixas subjetivas, os relatos de vida das pessoas precisam ser acolhidos. Devem inclusive ser usados como referencial semiológico. Para que? Para que o mal estar não mais obstaculize o livre fluir da vida, uma, senão a maior característica nociva que a moléstia costuma acarretar.

## O SUBJETIVO E O IMAGINÁRIO FAZEM PARTE DA DOENÇA

O professor de medicina, o médico neuropatologista Walter E. Maffei explicava que bastava a projeção de imagens mostrando um gato para que os alérgicos ao pelo deste animal tivessem algum tipo de reação, evidenciando que a suscetibilidade fundamental pode se iniciar pelo processo imaginário do sujeito. Maffei também procurava resumir a ação benéfica de uma terapêutica ou fármaco bem-sucedido como “desvio de órgão de choque”, processo hoje claramente compreendida pela imunologia moderna. Ou seja, a arte médica, quando usada com inteligência, visaria produzir interferência a qual levaria ao organismo do paciente uma espécie de “desvio” do órgão-alvo, portanto direcionaria o organismo a uma ancoragem mais segura, a um local mais superficial e/ou menos nocivo. Pode soar primitivo, mas é assim que boa parte dos fármacos logra conseguir alívio dos sintomas para a maioria das pessoas.

## IMPACTO SOCIAL E OS RECURSOS IMEDIATOS

Em uma situação como a que estamos vivenciando, os médicos homeopatas junto com o apoio institucional da AMHB – à revelia dos órgãos governamentais e praticamente sem recursos financeiros – elaboraram um programa de atendimento (homeopatia na Covid)\*\* cujo objetivo tem sido auxiliar, dar suporte médico individualizado gratuito e informações para a população que necessita de atendimento durante a pandemia.

Assim como médicos brasileiros do século XIX que organizaram mutirões contra o cólera e outras doenças endêmicas, a compreensão foi a de que ações da sociedade civil são fundamentais durante as crises sanitárias – mas não só – especialmente quan-

do a sociedade atravessa períodos turbulentos. Trata-se de uma forma muito menos dispendiosa de oferecer atendimento com enfoque na atenção primária na saúde.

Além disso, numa perspectiva da abordagem integrativa, quando atuamos sobre a saúde de uma pessoa, interferimos também sobre as pessoas ao seu redor. Já há, aqui, supõe-se, um primeiro impacto sobre a rede social e de apoio, de maneira que, ao final, termina-se articulando uma mudança no ambiente em volta ao paciente. Isso não se dá, evidentemente, sem certos embates. Nesse processo, um sujeito “superadaptado” pode abandonar sua passividade e passar a ter uma atitude mais ativa. E essa atitude mais ativa prevê que o conflito com o meio pode acabar se acirrando. De qualquer forma, a superação da passividade é um processo que passa pelo enfrentamento das condições que impedem esse fluxo.

## SIGNIFICANTE E SIGNIFICADO – A LINGUAGEM É A SEMIOLOGIA

Uma das principais redescobertas dos seguidores desta tradição iniciada pelo médico homeopata James Tyler Kent (1849-1916), foi observar que os elementos que expressam a peculiar idiossincrasia de cada paciente – sensações, conteúdos imaginários, ideias, preferências, aversões, palavras, forma de pensar etc. – podem ser referidos a uma série de unidades mínimas, a que chamou de temas. Aceitando este ponto de vista, os temas exprimem, portanto, aquilo que verdadeiramente perturba a economia do sujeito e também podem ser detectados nas pessoas que receberam o estímulo de uma substância medicamentosa.

Durante um tratamento, constata-se, que as pessoas “tematizam”: ou seja, elas dão nomes a seus conteúdos psíquicos e físicos, imaginários ou reais.

Toda comunicação que acontece durante uma consulta médica seja ela de qual orientação terapêutica for, acaba se realizando através de signos linguísticos. Os signos têm dois componentes: o *significante*, que veicula a informação, e o *significado*, a “mensagem”, aquilo que o signo quer dizer. A relação de *significação* não é fixa: diversos significados são atribuídos a um mesmo significante, e isso depende de referenciais muito pessoais. Como ensina um velho aforismo da experiência médica, na clínica não há nem “sempre” nem “nunca”; toda a certeza só depende do contexto do sujeito que comunica.

*Em medicina, os primeiros a usar os signos como instrumentos semiológicos foram Parmênides e Hipócrates. Usavam o sistema de equivalência, signos usados para codificar os sintomas presentes nos casos clínicos. No entanto, fizeram questão de atribuir-lhes valor equívoco, uma vez que o valor unívoco só poderia ser atribuído ao sintoma em toda a sua contextualidade. De-*

*ve-se a Ferdinand de Saussure, entretanto, a primeira conceitualização linguística do “signo”. Este constaria de dois elementos: o conceito referido (“significado”) e a expressão que o refere (“significante”): sons, palavras, imagens gráficas etc. Foi Jacques Lacan, entretanto quem quebrou a correlação necessária entre significante e significado (“significação”), ao explicar que cada sujeito constrói sua própria cadeia significante, atribuindo sentidos particulares aos elementos oferecidos pela linguagem de seu meio (“significância”).*

O objetivo imediato de uma prescrição é, portanto, produzir algum tipo de resposta através do estímulo medicamentoso. Esta resposta, muitas vezes, traduz-se pelo que os autores clássicos denominaram “agravação”. Esta seria um distúrbio voluntariamente provocado pelo fármaco. Guardada as devidas proporções, é algo análogo ao que acontece com as vacinas. E é a única forma para que o indivíduo possa sair das condições anteriores. Um tratamento pode induzir e provocar distúrbios. Os tecidos são dúcteis: acomodam-se facilmente às formas. É por isso que o medicamento estende sua ação para além dos órgãos *stricto sensu*. Tal qual uma “reação em cadeia”, provoca alterações no metabolismo, no sono, sonhos, e finalmente modifica as funções. Quando bem-sucedido desloca o sujeito para uma nova homeostase.

Alguns pesquisadores básicos dedicados aos efeitos de fármacos infinitesimais avaliam o efeito dos fármacos em termos fisiológicos: administrando, por exemplo, *Digitalis purpurea* em doses ultra diluídas para animais como ratos e sapos. Procuram, por exemplo, mensurar os efeitos cronotrópico e inotrópico na musculatura cardíaca. Alguns avaliaram os efeitos dos níveis séricos da serotonina, ou como eventuais “receptores” se conectam aos sítios farmacológicos mapeados. (Benveniste, 2002). Trata-se de aportes verdadeiramente úteis dentro de um programa de pesquisas.

Mas isso não é tudo. Percebe-se, porém, que qualquer ação clínica mediada por fármacos homeopáticos (isto é, drogas diluídas e submetidas a uma vigorosa ação cinética que contém informação que produz interferência no organismo vivo) não se limita aos efeitos pontuais despertados por tais fármacos. Em primeiro lugar, há que considerar sempre as diferenças entre *anima nobili* (homem) e *anima vili* (animais). Em segundo, mas não menos importante, que na homeopatia de orientação clássica, nem todo indivíduo com insuficiência cardíaca tomará um medicamento específico direcionado exclusivamente à sua patologia de base. Dai, o limite claro quando se trata de avaliar a efetividade de uma abordagem integrativa através do padrão-ouro consensual para avaliação de eficácia terapêutica dos fármacos como são os ECR (ensaios clínicos randomizados).

Isso foi constatado pelo conhecimento prático: prescreve-se um medicamento para um paciente portador, por exemplo, de artrite reumatoide, uma conhecida patologia autoimune. Então, além do alívio dos sintomas, pode acontecer uma melhora de uma adição, por exemplo, alcoolismo, um dado que inclusive nem tinha sido relatado para o médico. Ou seja, são registradas evidências fortes para supor que as substâncias medicinais, provavelmente não só os fármacos homeopáticos – mas o processo terapêutico como um todo, age de um modo sistêmico e repercute para além das ações pontuais organotrópicas.

Toda droga, seja ela qual for, acarreta os temidos e imprevisíveis “efeitos colaterais”, alguns são apenas estranhos, outros paradoxais. Pode-se atribuir valor semiológico negativo a esses efeitos que podemos chamar de idiosincrasias, uma forma muito particular de reagir. Mas podemos valorizá-los de uma forma bem diferente. Faz todo sentido evocar estes aspectos especialmente em relação à mais esta polêmica artificial que vem sendo registrada sobre a validade ou não de determinadas substâncias medicinais propostas para tratamento precoce dos sintomas produzidos pela SarsCov2.

Se existem dúvidas por que tanta relutância em as testar sem preconceitos? Por que certas objeções apriorísticas? Desde quando isso é cabível dentro de uma metodologia científica? E caso tais fármacos se provem empiricamente eficazes, qual é o problema em passar a usá-las em uma situação emergencial, em um campo onde existem muito mais dúvidas do que certezas, e vidas poderiam ser poupadas?

Convém explicar que segundo artigo publicado pelo BMJ (British Medical Journal) em 2017, pouquíssimas drogas tem a certificação adequada, isto é, de alta relevância e poder estatístico, e para ser mais preciso apenas 10% das 9.451 recomendações terapêuticas do banco de dados.

## RACIONALISTAS E EMPÍRICOS

A celeuma em torno da eficácia das medicinas integrativas, com falsa aparência de inédita, encontra-se na verdade enraizada em aspectos muito anteriores na história da medicina: trata-se do célebre, mas pouco divulgado conflito entre racionalistas versus empíricos. Para situar o leitor reproduzo a seguir um trecho do historiador e pesquisador Harris Livermore Coulter:

*“Fundamentalmente, o que descobri – ou redescobri – é a existência de um conflito na terapêutica entre o que se chama filosofias empírica e racionalista. Uso a palavra “redescoberto” porque, de fato, os médicos estavam cientes desse conflito até o ano de 1800 ou por aí, e as histórias médicas escritas antes dessa época discutem esse conflito que remonta aos tempos romano e grego. Mas de-*

pois de meados do século XIX, quando a medicina foi dominada pela tecnologia, esse conflito primordial foi esquecido. No entanto, a oposição entre essas duas formas de pensar a medicina continuou, embora subterrânea. As filosofias empírica e racionalista são duas estruturas de pensamento lógicas e consistentes que são, em todos os aspectos, inteiramente antagônicas uma à outra. Os grandes pensadores médicos pertenceram a uma ou outra dessas duas tradições. Os pensadores menores, que são por definição menos rigorosos em sua teorização, geralmente representaram combinações ecléticas das duas tradições principais.”

E adiante, no mesmo artigo:

“Qual é a diferença entre as duas doutrinas? Existem dois fatores particulares que os distinguem um do outro. O empirismo é vitalista, enquanto o Racionalismo é mecanicista em sua abordagem do organismo vivo. E a doutrina empírica tende sempre à individualização do tratamento, enquanto a doutrina racionalista invariavelmente vê o paciente individual como um membro de um grupo de doenças, classe ou entidade e se afasta da individualização. A representação da relação primordial na medicina é o médico sentado em um lado da mesa e o paciente do outro lado da mesa, ou o médico em pé ao lado da cama e o paciente deitado na cama. O paciente diz muitas coisas ao médico, e o médico pode ver mais com seus próprios olhos. Além disso, vários testes podem ser feitos para desenvolver dados de e sobre o paciente. A questão é: o que o médico faz com esses dados quando eles estão disponíveis? Os médicos empíricos viam esses dados como possuidores de valor máximo em si e para eles. Eles não tentaram penetrar abaixo da superfície, não tentaram especular sobre o que estava acontecendo dentro do corpo do paciente, mas usaram os sintomas como dados sobre os quais basear o diagnóstico e o tratamento. Em outras palavras, eles desconfiavam da anatomia e da fisiologia como fontes de conhecimento médico – porque a anatomia e a fisiologia são gerais e, como tais, vão contra o princípio empírico da individualização. Considerando que certos processos fisiológicos e patológicos ocorrem em humanos como uma classe, o paciente que se apresenta individualmente pode ou não representar essa classe particular de pacientes. Cada pessoa é diferente da média. A média é uma abstração. Cada paciente é diferente e único – esta sempre foi a forte convicção dos médicos empíricos. Assim, a única informação verdadeiramente confiável é aquela desenvolvida sobre esse paciente individual.” The Journal of Orthomolecular Medicine Vol. 9, No.3, 1994.

Apesar de a abordagem experimental homeopática ter peculiaridades que tornam os experimentos de amplitude muito maior, os testes com substâncias medicamentosas ultra diluídas – chamadas de patogenesias – não seriam exclusivas dos medicamentos homeopáticos: cada vez que um paciente ingere uma droga qualquer, está fazendo *lato sensu* um experimento à revelia, isto é, está produzindo sintomatologia, como aliás nos ensina uma das obras mais clássicas da farmacologia:

“A aplicação do método científico à terapêutica experimental, exemplifica-se num ensaio clínico bem pensado e realizado.” E adiante: “Um efeito de uma droga que não se produz num ensaio clínico pode aparecer na prática clínica... A metade ou mais dos efeitos, benéficos e tóxicos, de drogas, não reconhecidos nos primeiros ensaios formais, foram depois comprovados na prática médica.” (Melmon et al., in: Goodman e Gilman, *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*, 1986: 58-9).

Portanto, compreende-se bem por que os sintomas novos demoram para ser incluídos na lista de efeitos colaterais de uma droga, que, com o passar dos anos só aumentam, conforme o uso do fármaco se populariza.

A mesma crítica se aplica também para os medicamentos homeopáticos. O médico alemão que sistematizou o uso de substâncias a partir de uma regra dos semelhantes, Samuel Hahnemann, assim como pesquisadores posteriores observou experimentalmente que o espectro da ação dos medicamentos era muito maior do que tinha suposto inicialmente.

## POR QUE AS IDIOSINCRASIAS IMPORTAM PARA A TERAPÊUTICA?

É uma questão particularmente complexa para a homeopatia. Em seu livro *Organon*<sup>\*</sup>, no parágrafo 112º, (edição de 1995) refere-se aos efeitos primário e secundário produzidos pelos medicamentos homeopáticos. O efeito primário de uma droga é sua ação e o efeito secundário, mostra a reatividade do sujeito que recebeu a droga.

Por exemplo, se o efeito primário de *Belladonna*, (*Atropa belladonna*) em doses ponderais, é uma vaso-constricção, a resposta secundária será uma vaso-dilatação. Isso é útil do ponto de vista toxicológico: o

\* *Organon* – Palavra de origem grega (ὄργανον), cujo significado mais aproximado é “instrumento”. O primeiro *Organon* foi escrito por Aristóteles e, segundo Lalande, inaugura a lógica formal. Francis Bacon escreve *Novum Organon*, livro que, grosso modo, rejeita inferências acidentais e o conhecimento não lastreado em observações empíricas metódicas. Hahnemann publica o “*Organon da Arte de Curar*”, cujas edições posteriores sofreram sucessivas mudanças em seus parágrafos até atingir a sexta e última edição.

mesmo conceito pode-se aplicar às intoxicações hiperagudas com opiáceos. Contudo, e isto é o decisivo aqui, a resposta secundária caracteriza-se por se apresentar com uma espécie de “assinatura pessoal”. A vasodilatação, uma reação, não vem sem valores agregados: por exemplo, ela pode ser “ardente”, “em aperto”, “opressiva”, “ácida”, “irritativa”, “martelante”, “como se por um parafuso” ou apresentar-se agravada ou aliviada por “sentar-se”, “comer”, “subindo escadas”, “quando chora”, “à beira mar”, “ao ler” etc. A denominação “reação ou efeito secundário” seria uma mistura da ação do medicamento e a reação particular que o sujeito apresenta ao ser exposto ao fármaco. Isso tem um valor extraordinário, porque essencial. Mostra que uma rígida entre divisão efeito primário - efeito secundário não é útil, pois o que interessa, essencialmente, são os atributos modalizadores da ação, de cada resposta *in totum*.

O toxicologista Legrain faria uma importante colaboração ao se referir ao peso da reação individual nas intoxicações, afirmando o seguinte:

*“Por último mencionaríamos a importância capital da reação individual, que modifica profundamente o quadro clínico de uma mesma intoxicação e diminuiu o valor clínico da insanidade tóxica como entidade mórbida, tornando-a somente uma modificação, variando de acordo com as idiossincrasias pessoais.”* (apud Tuke, 1892: 974).

Investigações que se iniciaram no século XIX e que se estenderam até a contemporaneidade demonstraram que tóxicos diferentes usados por um mesmo indivíduo desencadeiam quadros psíquicos análogos; porém, os quadros somáticos produzidos são diferentes, correspondentes a cada tóxico. Na situação inversa, quando um mesmo tóxico é usado em distintos indivíduos, observaremos quadros psíquicos distintos - um para cada indivíduo - e um quadro somático similar para todos os que foram submetidos à ação do tóxico. Essas observações da toxicologia experimental permitem-nos inferir que a susceptibilidade psíquica à substância tóxica depende antes da peculiaridade mental individual do que da ação tóxica propriamente dita.

Essas regras encontram-se no capítulo sobre “Síndromes Mentais nas Intoxicações”, na *Encyclopedia Médica-Cirúrgica*, redigida por Fournier e Gorceux, e foram repetidas em 1973, por J.P. Soubier e F. Caroli e C. Bismuth, que confirmaram as hipóteses de trabalho em capítulo análogo. Muitas dessas dúvidas, estendidas ao uso de drogas sintéticas para uso clínico, também já foram enunciadas em terapêutica e ensaios clínicos (Coulter, 1992; Tallaway et al., 1964; Modell, 1960; Chassan, 1960). Para a homeopatia, no entanto, tais constatações, ao invés de se interporem à compreensão como enigmas, vêm possibilitando uma abordagem desta área de problematização teórica com certa eficiência: os homeopatas baseiam suas prescrições num modelo semiológico que está cen-

trado nas diferenças individuais para construir o modelo que guiará a elaboração terapêutica. Ou seja, deu-se uma conotação positiva às idiossincrasias, ao estado mental e subjetivo dos pacientes.

Todos esses aspectos são essenciais para se ter presente que o tratamento homeopático tem uma ação polissêmica sobre a totalidade. O clínico deve saber a ação de cada fármaco, mas também deve ter noção empírica da vitalidade dos pacientes, vale dizer, o modo operacional de como se manifesta o animo e a disposição individual e a resposta medicamentosa de cada pessoa enferma, no aqui e agora.

Em suma, o que os desenvolvimentos teóricos e empíricos da homeopatia foram progressivamente revelando, é que a identidade do padecimento que leva um sujeito a buscar assistência e, por conseguinte, também a terapêutica que lhe deverá ser prescrita, só podem ser estabelecidos quando se *interpreta* a situação singular desse indivíduo em suas reações e relações. Seus entornos, história e contexto. E isso deveria ser universal, isto é, aplicado para toda medicina independentemente do tipo de medicina usada.

Amparada por narrativas experimentalmente produzidas por indução experimental, as quais evidenciam formas peculiares e singulares de discursos e expressões subjetivas, na vitalidade (entendida como essa totalidade física, mental e relacional) de cada sujeito. E isso só se torna possível na interação entre o terapeuta, o(s) fármaco(s), o sujeito e suas sensações e vivências. Se não houvesse mais nada que as medicinas integrativas pudessem contribuir para à ciência teriam no mínimo oferecido o mais puro resgate da relação médico-paciente. E a homeopatia foi pródiga neste resgate pois fez desta relação uma parte essencial de sua metodologia.

Por isso, afirmamos que o ato semiológico, tanto quanto o terapêutico da homeopatia só se realiza como autêntico processo hermenêutico. Pois eles são sempre processos de elucidação dos significados dos sinais que corpo e mente, em suas relações com o mundo, estão emitindo sobre o modo e grau de conveniência do estado de ambos quanto às finalidades e funções para as quais se voltam. E essa elucidação é sempre ressignificação, posto que só pode acontecer no âmbito do *diálogo* com o médico.

Este, através de suas próprias vivências e repertórios, da anamnese que utilizará e dos fármacos que receitará, fará com que o discurso do paciente, a narrativa de suas vivências e impressões, ganhe condições inéditas para se expressar.

*Convencionou-se chamar a ficha de anotação dos sintomas de “record”. Nela deverão ser anotados todos os dados do paciente, junto com os medicamentos cogitados em cada consulta, as referências semiológicas utilizadas, a repertorização e todas as palavras, discursos, contextos e narrati-*

*vas com que o paciente refira as suas queixas objetivas e subjetivas.*

Assim, paradoxalmente, a suposta “fraqueza” epistemológica deste tipo de abordagem acaba sendo sua principal força. Isto significa que sua fragilidade metodológica funcionaria como elemento humanizador na relação médico-paciente. Como se forçasse o clínico a prolongar e aprofundar o diálogo em busca de elementos semiológicos mais consistentes para prescrever, já que a tecnologia e a propedêutica armada seriam apenas instrumentos subsidiários para a terapêutica. Este, mas não só este, seria um dos motivos de sua permanência como saber, e, ao mesmo tempo, continuará sendo um manancial para os ataques dirigidos contra ela. Ora, desde o famoso congresso da OMS Alma-Ata, assim como no relatório publicado em Geneve em 1988, há um clamor mundial por uma medicina mais “humana” com o perdão do uso deste eufemismo. Onde a qualidade da presença do terapeuta seja uma exigência. Esta característica, portanto, não deveria ser munição para hostilidades, mas uma qualidade extra para ser reverenciada dentro das medicinas integrativas.

É, portanto, uma legítima  *fusão de horizontes*  que acontece numa abordagem integrativa. Com destaque especial para como esta relação se processa durante uma consulta na medicina homeopática. Por isso mesmo é tão importante para uma ciência operativa – termo usado por vários epistemólogos para definir a medicina – que se reconheça que existem outros modelos científicos e dignidades conceituais epidemiológicas nas ciências da saúde tais como pesquisas qualitativas, epistemologia histórica, medicina baseada em narrativas, medicina baseada no paciente, pesquisas de qualidade de vida em saúde, testes e scores psicométricos – que possuem capacidade suficiente para promover a validação científica de um saber.

Portanto, sim, deve-se usar todos os tipos de veículos jornalísticos, inclusive os de grande penetração para que o leitor não especializado, antes de formar qualquer julgamento sobre um conjunto de conhecimentos de uma prática de dois séculos e meio, seja informado de forma mais abrangente e honesta.

*Seria aliás adequado, pedir aos leitores que, quando possível, ao ouvirem críticas contra as medicinas integrativas – geralmente sem direito de resposta – passem a consultar também os argumentos contraditórios. Pois sempre pode-se dar a falsa impressão de que a ciência tem uma única voz, quando na verdade cada braço da pesquisa científica, é, por definição, apenas mais um trecho da partitura. É ali que o espírito científico, sabendo uma vez que que a polifonia do saber sempre estará inacabada, e ciente de sua incompletude, buscará as notas musicais remanescentes, algumas esquecidas no passado, para encaixá-las na sinfonia.*

## RESSUMO

Recentemente a homeopatia e as medicinas integrativas voltaram a ser duramente criticadas. Precisamente em um momento histórico no qual imaginávamos que, pela capacidade dialógica que a ciência desenvolveu, polêmicas estereis seriam superadas. É bom frisar que algumas críticas não podem ser desconsideradas, mas predominam ataques descontextualizados, que, sob o manto do ceticismo seletivo, adota uma postura arbitrária, e, em certa medida, de baixa acurácia científica. Isto não significa que não existam importantes lacunas no programa de pesquisas e nas bases científicas das medicinas e práticas integrativas. Neste momento nos interessa tentar compreender qual é o pretexto e contexto para o belicismo? Eles emergiram em plena crise sanitária e diante da forma perturbadora como a tecnociência vem abordando a atual pandemia. Não será ousado indagar, suponho, o que não seria uma “questão de ciência?”, a plataforma encabeçada por pessoas – sem nenhuma experiência clínica em medicina – usada para veicular as objeções.

## ABSTRACT

Recently, homeopathy and integrative medicines have once again been heavily criticized. Precisely at a historical moment in which we imagined that, due to the dialogical capacity that science developed, sterile controversies would be overcome. It is worth noting that some criticisms cannot be disregarded, but decontextualized attacks predominate, which, under the cloak of selective skepticism, adopt an arbitrary stance, and, to a certain extent, of low scientific accuracy. This does not mean that there are not important gaps in the research program and in the scientific bases of integrative medicine and practices. At this moment we are interested in trying to understand what is the pretext and context for warmongering? They emerged during a health crisis and in the face of the disturbing way in which technoscience has been approaching the current pandemic. It will not be daring to ask, I suppose, what would not be a “question of science?”, the platform headed by people – with no clinical experience in medicine – used to convey the objections.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENVENISTE, J. et al. Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. *Nature* v. 33, 1988: 816-22.
2. \_\_\_\_ “Doses Ultramoleculares, 15 anos depois” Entrevista. *Cultura Homeopática*, vol 1, out. (6-7) 2002.
3. Agoritsas, Th. Merglen, A. UpToDate adherence to GRADE criteria for strong recommendations: an analytical survey. *BMJ Open* 2017;7:e018593. doi:10.1136/bmjopen-2017-01859
4. Pease, A. Krumholz, H. Post approval studies of drugs initially approved by the FDA on the basis of limited evidence: systematic review *BMJ* 2017; 357
5. CANGUILHEM, G. *Ideologia e racionalidade nas Ciências da vida*. Lisboa: Edições 70, 1977.
6. \_\_\_\_ *La connaissance de la vie*. Paris: Librairie philosophique J. Vrin, 1985.
7. CASSIRER, E. Ensaio sobre o homem: introdução a uma filosofia da cultura humana. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
8. COULTER, H. L. *Divided Legacy*. 2 ed. Richmond: North Atlantic Books, 1982.
9. COULTER, H. L. *The Controlled Clinical Trial, an Analysis*. Washington: Project Cure, 1991.
10. FEYREBAND, P. *Contra o método*. Lisboa: Relógio D’água Editores, 1993.
11. HAHNEMANN, S. Lesser. Writings of Samuel Hahnemann. Organização e tradução de R. E. Dudgeon. Nova Iorque: Willian Radde, 1852.
12. \_\_\_\_ *Organon da arte de curar*. 6ª ed. Ribeirão Preto: Museu de Homeopatia Abrahão Brickmann, 1995.
13. MAFFEI, W. E. Os fundamentos da medicina. São Paulo: Artes Médicas, 1978.
14. ROUDINESCO, E. Em defesa da psicanálise. São Paulo: Zahar, 2009.
15. ROSENBAUM, P. A homeopatia como medicina do sujeito: raízes históricas e fronteiras epistemológicas. Dissertação de Mestrado. FM-USP, 1999.
16. ROSENBAUM, P. Entre arte e ciência, fundamentos hermenêuticos da medicina do sujeito. São Paulo: Hucitec, 2007.

20. ROSENBAUM, P. Homeopatia, medicina interativa. História lógica da arte de cuidar. Rio de Janeiro: Imago, 2000.
21. ROSENBAUM, P. Homeopatia, medicina sob medida. São Paulo: Publifolha, 2005.
22. ROSENBAUM, P. Medicina do sujeito: 40 lições de prática clínica unicista. (Colaboração: Silvia Priven). Rio de Janeiro: Luz-Menesca, 2004.
23. ROSENBAUM, P. Miasmas, saúde e prática na prática clínica homeopática. 2 ed. São Paulo, Organon, 2022.
24. ROSENBAUM, P.; PRIVEN, S. Alguns comentários acerca do sintoma em homeopatia. *Cultura Homeopática*, 9 (2004), p. 77-86.
25. TONELLI, M. R.; CALLAHAN, T. C. Why Alternative Medicine Cannot Be Evidence-Based. *Academic Medicine*, 76 (12, December, 2001).
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS). Genève, 1988.